

Unifiziertes Vertebrologisch-Schmerz- therapeutisches Konzept

**Konzept für eine Schmerztherapie
wirbelsäulenbedingter und damit
assoziierter Krankheitsbilder nach
einer originalen Methodik von
Eugen Judin**



UNI-MED Verlag AG
Bremen - London - Boston

Eugen Judin
Lindemannstraße 5
D-40237 Düsseldorf
www.docjudin.de

Judin, Eugen:

Unifiziertes Vertebrologisch-Schmerztherapeutisches Konzept – Konzept für eine Schmerztherapie wirbelsäulenbedingter und damit assoziierter Krankheitsbilder nach einer originalen Methodik von Eugen Judin/
Eugen Judin.-

1. Auflage - Bremen: UNI-MED, 2009

(UNI-MED SCIENCE)

ISBN 978-3-8374-1153-9

© 2009 by UNI-MED Verlag AG, D-28323 Bremen,
International Medical Publishers (London, Boston)
Internet: www.uni-med.de, e-mail: info@uni-med.de

Printed in Europe

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle dadurch begründeten Rechte, insbesondere des Nachdrucks, der Entnahme von Abbildungen, der Übersetzung sowie der Wiedergabe auf photomechanischem oder ähnlichem Weg bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Erkenntnisse der Medizin unterliegen einem ständigen Wandel durch Forschung und klinische Erfahrungen. Die Autoren dieses Werkes haben große Sorgfalt darauf verwendet, daß die gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Das entbindet den Benutzer aber nicht von der Verpflichtung, seine Diagnostik und Therapie in eigener Verantwortung zu bestimmen.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, daß es sich um einen freien Warennamen handele.

UNI-MED. Die beste Medizin.

In der Reihe UNI-MED SCIENCE werden aktuelle Forschungsergebnisse zur Diagnostik und Therapie wichtiger Erkrankungen "state of the art" dargestellt. Die Publikationen zeichnen sich durch höchste wissenschaftliche Kompetenz und anspruchsvolle Präsentation aus. Die Autoren sind Meinungsbildner auf ihren Fachgebieten.

Wir danken folgenden Mitgliedern unseres Ärztlichen Beirats für die engagierte Mitarbeit an diesem Buch: Moritz Böttger, Eva Marie Ehrig, Dr. Michael Hirschmann, Dr. Michael Knoop, Dr. Christian Schneider, Timo Schumacher und Thomas Wiesmann.

Vorwort

Die konservative Behandlung von Patienten mit einer symptomatischen Wirbelsäulenerkrankung stellt aus meiner Sicht eines der interessantesten und für den behandelnden Arzt dankbarsten Aktionsfelder der Medizin dar. Viele Patienten mit einer morphologischen oder einer funktionellen Erkrankung der Wirbelsäule leiden oft über Jahre an ausgeprägten chronischen oder rezidivierenden Kopf-, Rumpf- und Extremitätenschmerzen, motorischen und sensiblen Störungen, Ohrgeräuschen, Visusstörungen, Schwindel und anderen Symptomen. Manche von ihnen hoffen noch auf die komplette Heilung, andere haben diese Hoffnung schon aufgegeben und bitten lediglich um Linderung der Beschwerden. Für mich ist es immer wieder verblüffend und faszinierend, wie rasch und gut diese Patientengruppe auf eine ausgewogene konservative Therapie reagiert. Die positive Dynamik zeigt sich bei optimaler Therapiezusammenstellung relativ schnell und wird von einer Therapiesitzung zur anderen immer deutlicher. Sehr oft sind dabei auch die Patienten positiv überrascht: Statt einer erwarteten leichten Besserung der Beschwerden kommt es zu einem Durchbruch und zu einer langfristigen und stabilen Beschwerdefreiheit. Es ist nahliegend, dass auch der Arzt von diesem Erfolg motiviert wird.

Wenn man bedenkt, dass über 99 % aller vertebra-genen Schmerzsymptomaten als nicht kompressionsbedingt (also ohne eine Kompression der Spinalnervwurzel bzw. des Rückenmarks), das heißt lokal oder reflektorisch übertragen (pseudoradikulär), klassifiziert werden können, wird klar, wie wichtig es ist, nicht nur die immer komplizierteren Methoden einer operativen Wirbelsäulenbehandlung weiter zu entwickeln, sondern in erster Linie eine konservativ ausgerichtete Patientenführung zu optimieren. Mehrere Kasuistiken zeigen, wie schnell ein Patient mit vertebra-gen bedingter Schmerzsymptomatik bei inadäquater Therapiezusammenstellung zur Chronifizierung der Beschwerden neigt und wie schnell er bei einer adäquaten, sogar bei einer minimal adäquaten Therapie, davon befreit werden kann.

Der Optimierungsprozess des therapeutischen Herangehens bei einer bestimmten Erkrankung umfasst nicht nur eine Spezifizierung und Individualisierung, sondern gleichzeitig auch die Einführung einer Routine und Unifizierung. So läuft die flächendeckende chirurgische Versorgung einer Erkrankung dann besonders gut, wenn die Durchführung einer bestimmten Operation zur Routine und in jeder medizinischen Einrichtung als *"business as usual"* nach einem festen Plan durchgeführt wird. Ähnlich sollten im Falle einer konservativen Therapie einer vertebra-gen Erkrankung zunächst allgemeine therapeutisch-diagnostische Herangehensweisen und Basisprinzipien bei den zahlreichen Patienten mit typischen Beschwerden und Krankheitsverläufen erarbeitet und definiert werden, bevor man dann über die Details der Behandlung der einzelnen Patienten mit selteneren Varianten eines Krankheitsbilds weiterdiskutiert. Nur von diesem sicheren Niveau eines unifizierten, fest etablierten therapeutischen Herangehens in einem typischen Krankheitsfall sollten die individuellen Feinkorrekturen gemacht werden und nicht umgekehrt, dass der Arzt im Fall jedes einzelnen neuen Patienten "das Rad neu erfindet". Allerdings sollten auch die typischen Fälle ausreichend strukturiert und definiert sein, damit das unifizierte Herangehen nicht zur Pauschalbehandlung eines Patienten mit "Rückenschmerzen" wird. Im Allgemeinen befindet sich diese sehr wichtige klinisch-wissenschaftliche Aufgabe – die Erarbeitung eines effizienten und stichhaltigen Herangehens zur konservativen Betreuung eines Patienten mit akutem oder chronischem vertebra-gen Schmerzsyndrom – noch nicht einmal im Anfangsstadium: Es herrscht aktuell ein terminologisch-organisatorisch-therapeutisches Chaos.

Trotz einer meiner Meinung nach großen Behandlungsfreundlichkeit vieler vertebra-gen Beschwerden steckt die Lösung dieses Problems zur Zeit in der Sackgasse; die Zahl der Patienten mit akuten und chronischen vertebra-gen Beschwerden, vor allem Schmerzen, steigt. Adäquat strukturierte Betreuungskonzepte fehlen, und zwar weltweit. Zudem fehlt es in meinen Augen grundsätzlich an der Komplexität des Herangehens an dieses Problem.

Nach verschiedenen statistischen Daten belaufen sich die Kosten für die Versorgung der so genannten "Rückenschmerzpatienten" in Deutschland auf eine Summe zwischen 25 und 49 Milliarden Euro im Jahr. Die Dimension dieser Zahl wird noch deutlicher, wenn man berücksichtigt, dass die kompletten Ausgaben für das deutsche Gesundheitswesen ca. 250 Milliarden Euro im Jahr ausmachen. So machen die so genannten "Rückenschmerzen" – grob geschätzt – zwischen 10 und 20 % der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen aus. Diese Ausgangsinformation verdeutlicht, welche sozial-gesellschaftliche Relevanz einer Effizienzerhöhung der Versorgung dieser Patientengruppe zukommt.

Über welche Fertigkeiten sollte der Therapeut verfügen, um in der Lage zu sein, die meisten der Patienten mit einer typischen wirbelsäulenbedingten Schmerzsymptomatik auf Dauer zu stabilisieren?

Einige Informationen dazu sowie meinen Standpunkt bezüglich der Diagnostik und konservativen Therapie der Wirbelsäulenerkrankungen gebe ich in meinem Fachlehrbuch "Praktische Vertebrologie in der Allgemeinmedizin. Diagnostik und Therapie von Wirbelsäulenerkrankungen". Ich setze mich in diesem Buch unter anderem dafür ein, die Wirbelsäule als Organ, das maximale Kosten im Gesundheitswesen verursacht und für unzählige persönliche Katastrophen und Einbußen an Lebensqualität sorgt, in ein separates Kompetenzfeld namens **Vertebrologie** auszugliedern und dieses inhaltlich zu füllen. Außerdem plädiere ich dafür, eine auf die Wirbelsäule gerichtete konservative Therapie zu unifizieren und zu optimieren. Unter "unifizieren" verstehe ich auf keinen Fall das obligate Befolgen einer unumstößlichen Leit- oder Richtlinie. Unifiziert und optimiert soll vor allem der Kenntnisstand der Ärzte sein, die einen Wirbelsäulenschmerzpatienten betreuen. Jeder Vorschlag einer solchen Unifizierung sollte in Fachkreisen ausreichend diskutiert und in der Praxis überprüft werden.

Dieses neue Buch ist ein Versuch, mit neuem Bildmaterial und aus anderer Sicht mein Fachwissen bezüglich der häufigsten wirbelsäulenbedingten Symptomatiken zu vermitteln. In diesem Buch sind die Therapieempfehlungen einem konkreten wirbelsäulenbedingten Symptom, also eher einem Schmerzmuster, zugeordnet. Das ermöglicht dem Praktiker eine maximal schnelle Orientierung bezüglich der infrage kommenden Therapien bei bestimmten schmerzhaften Symptomatiken.

Dieses Buch ist für Medizinstudenten, Ärzte und andere medizinische Berufe geschrieben und soll als Handbuch des eigenständigen, neuartigen und scharf umrissenen UniVerS-Konzeptes – Unifiziertes Vertebrologisch-Schmerztherapeutisches Konzept – verstanden werden. Das Buch ist in zwei Hauptteile gegliedert. Im ersten Hauptteil stelle ich das UniVerS-Konzept samt seiner Prinzipien und Therapiemethoden im Allgemeinen vor und lege seine praktische Relevanz dar. Im zweiten Teil beschreibe ich konzept-eigene Krankheitsbilder (Schmerzmuster) sowie die dazu passenden unifizierten Therapien.

Das UniVerS-Konzept umfasst ein konservativ ausgerichtetes, aus meiner Sicht optimal strukturiertes diagnostisch-therapeutisches Herangehen zur Behandlung von Patienten mit vertebralem und damit assoziierten Beschwerden, vor allem mit vertebralem bedingten Schmerzen. Sinn dieses optimal strukturierten Herangehens ist eine in Intensität und Dauerhaftigkeit maximale Linderung der Beschwerden. Diese Zielsetzung wirkt sich im Falle eines Behandlungserfolgs sicherlich positiv auf die sozioökonomischen gesellschaftlichen Ausgaben aus und erhöht außerdem die Zufriedenheit des Arztes und die Compliance des Patienten.

Der treue Anhänger der *Evidence-based Medicine (EbM)* wird vermutlich durch die Art und Weise der Darlegung von Meinungen und Vorschlägen des Autors, zumindest am Anfang, irritiert sein: Die Grundpfeiler und die Therapieempfehlungen des UniVerS-Konzeptes werden nicht durch Resultate von Metaanalysen doppelblind kontrollierter Studien (*Randomized Controlled Trials – RCTs*) statistisch untermauert, sondern postuliert. Als niedergelassener Arzt praktiziere ich zugegebenermaßen eine ätiopathogenetisch-, pathophysiologisch- und erfahrungsorientierte Medizin und versuche, jeden Patienten sofort optimal zu behandeln, ohne dass ich ihn vor der Therapie einer Verum- oder Placebo-Gruppe zuordne. Einige

Textbestandteile wurden zudem in Form eines Erfahrungsberichtes verfasst, was nicht dem aktuellen Trend in der Fachliteratur entspricht. Ich setze bei meinem Anliegen, meine Therapievorstellungen zu popularisieren, auf etwas ganz anderes als Statistik oder aktuelle Trends: auf Logik, Vernunft, praktische Erfahrung, den gesunden Menschenverstand, Kenntnisse der Physiologie des Menschen sowie Syndromologie und Ätiopathogenese einer vertebralem Erkrankung. Alle Faktoren, die in dem Zeitalter der Evidenzbasierten Medizin zum Glück noch nicht vollkommen außer Acht gelassen wurden.

Weiter äußere ich mich unmissverständlich fachlich-medizinisch zu negativen organisatorisch-therapeutischen Gegebenheiten der Versorgung von Patienten mit schmerzhaften vertebralem bedingten Symptomatiken in Deutschland und weltweit. Die harte Kritik, die sowohl gegen die Terminologie und Prinzipien der Rücken(Kreuz)schmerz-Leitlinien (*Guidelines for the management of low back pain*) im Einzelnen als auch gegen die Leitlinienmedizin (*Evidence-based Healthcare*) insgesamt gerichtet ist, soll nicht dem Auftritt des Autors dienen, sondern einem besseren Verständnis der Ausgangssituation.

Die Therapieempfehlungen der auf den randomisierten kontrollierten Studien basierenden Behandlungsleitlinien zum Thema "*low back pain*" (im deutschen Fachschriftum "unterer Kreuzschmerz" genannt) sind in meinen Augen in der Praxis absolut nicht anwendbar. Es ist gängige Praxis, dass bei der Ausarbeitung der Leitlinien zum Thema Rückenschmerzen/Kreuzschmerzen (*back pain/low back pain*) die Verfasser dieser Leitlinien sowohl die Pathogenese des vertebralem Schmerzsyndroms als auch die individuellen Besonderheiten der Krankheitsgeschichte des Patienten ignorieren. Das Gleiche gilt für das Studiendesign der meisten RCTs, auf denen die Leitlinien fußen. Aus dieser Überlegung empfinde ich die aktuellen Rückenschmerz/Kreuzschmerz-Leitlinien leider als unzureichend für meine praktische Arbeit als Arzt. Meine Position diesbezüglich wird in diesem Buch im weiteren Verlauf ausführlich erörtert.

Auch die anderen nicht mit Leitlinien und EbM konformen Wirbelsäulentherapiekonzepte, die aus den Gebieten der Physiotherapie und der Manuellen Medizin (Maitland-Konzept, Lewit-Konzept, Cyriax-Konzept, McKenzie-Konzept, Tübinger-Konzept nach McKenzie, manuelle Triggerpunkt-Therapie und Dry-Needling u.a.), der speziellen Schmerztherapie (WHO-Schmerz-Stufenschema), der medizinischen Kräftigungstherapie (Kieser-Training, FPZ-Konzept), Balneologie (Bäder, Moorpackungen), der Physikalischen Therapie (Elektrotherapie, Thermotherapie u.a.) sowie der klassischen TCM stammen, sind extrem einseitig, oft zeit- und kraftaufwendig und insgesamt ganz offensichtlich unzureichend effizient. Dieses gilt insbesondere für schwere chronifizierte Fälle.

Mein UniVerS-Konzept stellt eine Alternative zu diesem zum Teil völlig absurden (evidenzbasierten) zum Teil offensichtlich nicht optimalen (einseitigen) Herangehensweisen dar. Es fußt auf einer konzept-eigenen Schmerzmuster-Diagnose und auf konzept-eigenen Therapieprinzipien. Diese konzept-eigenen Schmerzmuster sind zunächst auf die häufigsten zwanzig Krankheitsbilder beschränkt. Nach meiner groben Schätzung machen diese zwanzig Schmerzmuster allerdings über 90 % eines vertebralem Schmerzpatientengutes einer Allgemeinpraxis aus. Sollte sich dieses Konzept als tragfähig erweisen, könnte es weiter ausgebaut werden.

Therapeutisch setzt das UniVerS-Konzept, ausgehend von häufigen vertebralem Schmerzmustern, auf die Anwendung einer scharf strukturierten und unifizierten Komplextherapie, die folgende Therapiemethoden beinhaltet: Akupunktur (AKU), Medikamentöse Therapie (MedT), Therapeutische Lokalanästhesie (TLA), Manuelle Medizin (MM) und Wirbelsäulengymnastik (WG). Schwerpunktmäßig soll es dabei um den **Durchführungsmodus** dieser Therapieformen bei bestimmten Schmerzmustern gehen. Denn WG, TLA, MM, MedT und AKU kann man auf verschiedene Weisen anwenden, was auch mit verschiedenen guten Ergebnissen verbunden sein kann. Ich stelle meine eigenen, in meiner über 20-jährigen medizinischen Praxis bei mehr als 4000 Patienten erfolgreich angewendeten Prinzipien der technischen Durchführung dieser oben genannten Therapien in den Vordergrund und argumentiere klinisch-

pathophysiologisch, warum ich mein Konzept und die Gestaltung der organisatorisch-therapeutischen Maßnahmen bei häufigen vertebralem Schmerzsyndromen im Vergleich zu den oben genannten Leitlinien und Konzepten für besser halte.

Dieses Buch ist aus der Praxis für die Praxis geschrieben worden. Ich biete meinen praktisch tätigen Kollegen an, meine Ansichten in ihrer Praxis zu überprüfen und dann zu bestätigen oder abzulehnen. Diese praktische multizentrische Bewertung würde ich mir sehr wünschen. Ich betrachte sie als wichtigen Teil des wissenschaftlichen Herangehens an eine medizinisch-logistische Herausforderung, in diesem Falle zur Beseitigung oder zumindest Entschärfung des Problems des "schmerzgeplagten Deutschlands". Die wiederholte Beobachtung – das Reproduzieren – gilt schon seit Jahrhunderten als Zentralinstrument wissenschaftlicher Forschung.

Ich wünsche dem Leser viel Spaß!

Düsseldorf, im November 2009

Eugen Judin

Geleitwort

Das Unifizierte Vertebrologisch-Schmerztherapeutische Konzept – UniVerS-Konzept – stellt eine Alternative zu den aktuell zwei wichtigsten Modellen bzw. Herangehensweisen in der Versorgung vertebra-ger Schmerzpatienten dar. Diese zwei Herangehensweisen sind (nach Engel, 1977 und Waddell, 1987) ein sog. *biomedical model*, biomedizinisches Modell und ein sog. *biopsychosocial model*, biopsychosoziales Modell. Deswegen ist es von Bedeutung, diese zwei Herangehensweisen sowie ihre Entwicklungswege zu skizzieren.

Nachdem in den 40-50er Jahren des letzten Jahrhunderts festgestellt wurde, dass die meisten Lumboischialgien und Zervikobrachialgien sowie viele andere vertebra-ge Beschwerden in erster Linie durch eine Schädigung der Bandscheiben und anderer wirbelsäuleneigenen Substanzen **mechanisch** bedingt sind (und nicht z.B. durch eine infektbedingte „Radikulitis“, wie man früher annahm), wurde eine mechanistisch orientierte Intervention an der Wirbelsäule, die meistens mit Entfernung einer oder mehreren Bandscheiben, einer Wirbelsäulenversteifung oder einer Disk-Punktionsbehandlung einher ging, zum Hauptinstrument der Betreuung dieser Patienten. Nach einigen Jahrzehnten realisierte man allerdings, dass einige gute Ergebnisse dieser invasiven Maßnahmen mit einer Vielzahl äußerst negativer Ergebnisse erkauft wurden. Zu einer großen Zahl der auf natürliche Art und Weise betroffenen Patienten kamen immer mehr Patienten mit einem iatrogenen Schaden hinzu. Häufig führten aggressive Wirbelsäuleninterventionen zu geradezu verheerenden Resultaten, so dass mancher Patient in der Folge zum Invaliden wurde. Man verstand, dass in Bezug auf die Bandscheibenprolapse und Protrusionen nicht jede röntgenmorphologisch erfasste Normabweichung automatisch zu klinischen Beschwerden führen muss und dass man mit einer Indikationsstellung zur invasiven Therapie sehr zurückhaltend sein sollte. Ätiopathogenetische Hintergründe einer vertebra-ge bedingten Schmerzsymptomatik wurden somit in den 40er-70er Jahren des letzten Jahrhunderts häufig nur in reduzierter mechanistischer Form berücksichtigt. Dieses inadäquate Herangehen zur Versorgung vertebra-ger Schmerzpatienten, wobei man die Ätiopathogenese der vertebra-gen Symptomatik falsch bzw. nur eingeschränkt bewertete, bekam den Namen *biomedical model*, biomedizinisches Modell.

Einer von vielen Kollegen, der sich dieser Problematik annahm, war schottischer Orthopäde Gordon Waddell. Zurecht plädierte er für ein weniger aggressives Herangehen bei der Therapie dieser Patienten-Gruppe und akzentuierte, dass Morphologie und Klinik bei vertebra-gen Erkrankungen nicht immer übereinstimmen. Er machte darauf aufmerksam, dass man vertebra-ge Patientenbeschwerden im Kontext von psychosozialen Besonderheiten bewerten muss. In seinen Arbeiten und vor allem in seinem sehr populär gewordenen Buch „*The back pain revolution*“ (Erstauflage 1996, Zweitaufgabe 2004) plädiert er seit über 30 Jahren für eine radikale Richtungsänderung bzw. den Neuanfang (Revolution) in der Betreuung von „*back pain*“-Patienten.

Parallel zu einigen richtigen Ideen bringt Waddell im Laufe der Zeit allerdings eine Vielzahl von sehr fragwürdigen Begrifflichkeiten, Definitionen, Klassifikationen und Therapiekonzepten in Umlauf. Er ist beispielsweise überzeugt, dass ein großer Anteil der „Rückenschmerzen“ kein medizinisches, sondern ein soziales Problem sei: „Wir müssen also aufhören, etwas, das eigentlich ein ganz normales Lebens- und soziales Problem ist (*low back pain*), als medizinisches zu betrachten“, verkündet er mehrmals. Er glaubt, dass „die meisten „Rückenschmerzen“ auch ohne Therapie von alleine innerhalb von 4 bis 6 Wochen verschwinden“, führt in den Medizinbetrieb ein oder popularisiert eine Reihe von inhaltlich äußerst fragwürdigen und in Bezug auf die klinische Realität und Vielfalt kontraproduktiven Begriffen wie „*nonspecific low back pain*“, „*red flags*“, „*yellow flags*“ und trägt schließlich zum medizinisch eindeutig falschen Verständnis der Begriffe radikal/nicht radikal bei. Nach einem uneinheitlichen Prinzip und somit eindeutig inadäquat unterteilt er vertebra-ge (lumbosakrale) Schmerzsymptomatiken (*low back pain*) in „*ordinary backache*, *nerve root pain* und *possible serious spinal pathology*. Diese Klassifikation bzw. dieses diagnostische Herangehen benennt er „*diagnostic triage*“ und macht es zum Dreh- und Angelpunkt seines

Therapiekonzepts. Gleichzeitig stellt aber die „*diagnostic triage*“ ohne Frage das schwächste Glied in seinem Therapiemodell dar. Die Insuffizienz einer solchen uneinheitlichen Klassifizierung ist offensichtlich: Nach dieser Logik könnte man dann beispielsweise **alle** Autos in 1. schwarze, 2. mit Dieselmotor und 3. mit Schaltgetriebe klassifizieren, was völlig absurd wäre. Leider wurde die Problematik dieses praktischen Herangehens von ärztlichen Fachkreisen nicht bemerkt bzw. blieb ohne Reaktion; mehr noch: die „*diagnostic triage*“ wurde zum festen Bestandteil mehrerer nationaler und internationaler „*Guidelines*“ und wird aktuell den Ärzten bei Fortbildungsveranstaltungen als Maß aller Dinge präsentiert.

Waddell etabliert unter anderem klinisch-pathophysiologisch nicht nachvollziehbare *Waddell's nonorganic signs*, mit deren Hilfe angeblich z.B. Aggravations- und psychogene Reaktionen (*illness behavior, nonorganic pain*) der Patienten aufgedeckt werden könnten, und trägt maßgeblich zu einer spekulativen Psychologisierung der vertebra-genen Schmerzen bei. Im Jahr 2004 relativierte Waddell allerdings sein Verständnis der psychischen und sozialen Faktoren in der Entwicklung eines vertebra-genen Schmerzsyndroms: „*Over the past 25 years, we have focused a lot (perhaps too much at times) on psychosocial issues*“.

Waddell geht so weit, dass er die Notwendigkeit von speziellen (Anatomie)Kenntnissen bei der Behandlung von vertebra-genen Erkrankungen verhöhnt: „*Most books about back pain start with chapters on the anatomy and pathology of the spine. Ian Macnab described this as a form of Brownian movement: it seems very busy, but is really mindless and serves no useful purpose*“. Ich persönlich bin im Gegenteil absolut überzeugt, dass ohne detaillierte Kenntnisse in klinischer Anatomie der Wirbelsäule eine Erarbeitung eines individuellen, auf das Krankheitsbild eines konkreten Patienten zugeschnittenen konservativen Therapiekonzeptes (von einem interventionellen gar nicht zu sprechen) nicht möglich ist. Als „*mindless*“ müsste man eher die Handlungen eines Arztes bezeichnen, der alle „*back pain*“-Patienten ohne Sinn und Verstand undifferenziert in Rahmen einer fragwürdigen „*Guideline*“ „*nonspecific low back pain*“ behandelt.

Ein „*obsoletes biomedizinisches Modell*“ („*outdated biomedical model*“, Waddell, 2004) definiert er beispielsweise folgendermaßen:

- *pain as signal of injury and tissue damage*
- *search for a structural cause and cure*
- *purely symptomatic treatment*
- *a mechanical "fix"*
- *taking over responsibility and control from the patient*

Ich glaube nicht, dass man jeden dieser 5 Punkte zu 100 % als „*outdated*“ bezeichnen darf; mehr noch: es sind mehrheitlich völlig korrekte Aussagen. Keinen der o.g. von Waddell kritisierten Punkte darf man in der realen klinischen Praxis völlig abtun oder dessen Bedeutsamkeit für die Erarbeitung eines Therapiekonzepts relativieren. Man sollte sicherlich nur nicht jede Handlung *ad absurdum* führen.

Als eine Alternative zum *biomedical model*, dem biomedizinischen Modell, wird in 70er und 80er Jahren also ein *biopsychosocial model*, das biopsychosoziale Modell (Engel, 1977; Waddell, 1987) synthetisiert.

Ein anzustrebendes biopsychosoziales Modell versteht Waddell wie folgt:

„*We must assess and deal with:*

- *the biologic basis of low back pain and disability*
- *the patient's attitudes and beliefs, emotions and behavior*
- *social, work, and economic influences and interactions.*

These are all equally important to planning management. This is a much more difficult and challenging type of professional practice, but it opens a whole new vista on back pain.”

Das sogenannte biopsychosoziale Modell entstand also unter anderem als Gegenreaktion auf das Vorherrschen eines nicht funktionierenden mechanistischen Herangehens an vertebrale bedingte Schmerzsymptomatiken. Leider wurde bei der zum Teil berechtigten Kritik des biomedizinischen Modells das Kind mit dem Bade ausgeschüttet: Die grundsätzliche Notwendigkeit eines differenzierten ätiopathogenetischen Herangehens zu vertebralem Schmerzsymptomatiken wurde pauschal in Frage gestellt. Man übersah, dass der Abkehr von einer inadäquater Therapie und **Übersorgung** von dieser Patientengruppe (Wirbelsäulenoperationen ohne stichhaltige Indikation, routinemäßige Infiltrationstherapie mit Kortisonzusatz, routinemäßige Anwendung von Disk-Punktionsverfahren, zu lange Anwendung von Orthesen, Bettruhe mit Stufenlagerungen, mehrfaches Röntgen etc.) nicht in eine ärztliche Untätigkeit, ein Schablondenken, in einen diagnostisch-therapeutischen Primitivismus, die Verteilung von Durchhalteparolen, in ein Wunschenken nach dem Motto „die Natur wird schon alles richten“, „was von alleine gekommen ist, geht auch wieder von alleine“ und somit in eine **Unterversorgung** dieser Patientengruppe münden darf. Ich beobachte in Arbeiten von Waddell eine deutliche Tendenz zum Bagatelisieren des größten Teils vertebralegener Beschwerden (*ordinary backache*) und zur grundsätzlichen kontraproduktiven Vereinfachung des gesamten Themenkreises der schmerzhaften vertebralegenen Erkrankungen.

Etwas überspitzt könnte man die Forderungen von Waddell so darstellen: „Nicht röntgen, nicht schonen, nicht spritzen, nicht operieren, nicht medikamentieren, sondern beruhigen, ermuntern, aktivieren, die Verantwortung für den Verlauf der Erkrankung dem Patienten übergeben, die Beschwerden nach Ausschluss „potenziell gravierender spinaler Erkrankungen“ ihrer natürlicher Entwicklung überlassen, bei weiterem Bestehen der Beschwerden nach krankmachenden psychogenen und sozialen Hintergründen suchen und diese im Rahmen einer psychologisch/psychosomatischen Exploration angehen“.

Einige Vorstellungen des biopsychosozialen Modells wie z.B. jene, dass man das Krankheitsbild/die Organik des Patienten aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten und im Kontext seiner psychogenen und sozialen Besonderheiten bewerten muss, sind Selbstverständlichkeiten, die aus dem gesunden Menschenverstand resultieren. Solche Selbstverständlichkeiten darf man sicherlich nicht als Modell oder Konzept bezeichnen. Krankheit und Gesundheit sind im biopsychosozialen Modell nicht als ein Zustand definiert, sondern als ein dynamisches Geschehen – eine philosophisch vielleicht interessante, aber für die Praxis keine besonders hilfreiche Erkenntnis. Das biopsychosoziale Modell ist also ein Begriff, der (genauso wie der Begriff „Psychosomatik“) so weit gefasst ist, dass seine inhaltliche Substanz sehr viele Interpretationen erlaubt. Die Bedeutung dieses Begriffs wurde seit dem Zeitpunkt seiner Einführung durch George L. Engel im Jahr 1977 einer laufenden Korrektur ausgesetzt. Man spricht jetzt z.B. von einem „erweiterten biopsychosozialen Modell“ oder von einem „bio-psycho-öko-sozialen Modell“ usw. Es entstanden einige eigenständige „biopsychosoziale Modelle“ – *Loeser-Model*, *Glasgow-Illness-Model*, etc. Das biopsychosoziale Modell, das vor allem von Protagonisten der US-amerikanischen psychosomatischen Medizin (Fordyce, Weiss, Engel) ausgearbeitet und von Waddell aktiv und maßgeblich gefordert wurde, wird momentan europaweit flächendeckend und mit großer Akribie in den Universitätsbetrieb implementiert mit dem Ziel „das obsoletere konventionelle psychosomatische Modell zu ersetzen“ (Egger). Es bezieht sich nicht mehr nur auf die Kompetenzfelder der Neuroorthopädie und Schmerztherapie, sondern auf ein so fundamentales Kompetenzfeld wie die Allgemein- bzw. Innere Medizin. Nicht verwunderlich, dass Medizinstudenten große Probleme mit der Akzeptanz des angelsächsischen biopsychosozialen Modells haben (Egger). Die schlimmen Zustände im britischen Gesundheitswesen, die auch nach breiter Implementierung des bio-psycho-öko-sozialen Modells weiterbestehen, lassen so auch nur bedingt den Anspruch auf einen erfolgreichen Exportschlag erheben.

Das Credo des biopsychosozialen Modells lautet: „nicht die Krankheit behandeln, sondern den Patienten“ („...to treat patients rather than just their spines“, Waddell). Auch das ist eine Selbstverständlichkeit,

die nicht des Heranziehens spezieller Modelle bedarf. Allerdings taucht bei diesem Konzept eine Schwierigkeit immer wieder auf: Manchmal behandeln manche Ärzte und Psychologen im Rahmen des biopsychosozialen Modells einen **Patienten**, ohne zu wissen, wie die **Krankheit** zu behandeln ist. Eine frustrane Reaktion aller Beteiligten ist dann vorprogrammiert.

Viele inhaltliche Vorstellungen des biopsychosozialen Modells sind allerdings gar keine Selbstverständlichkeiten bzw. im höchsten Maße umstritten wie z.B. die routinemäßige Darstellung einer Krankheit als eine Metapher – „Krankheit als Symbol“ etc.. So wird im Falle eines vertebrales Schmerzsyndroms nicht selten spekuliert, dass die Symptomatik lediglich Resultat einer Konversionsstörung ist, wobei dem Patienten seine familiäre oder berufliche Situation „an die Nieren geht“ oder „eine schwere Last auf seinen Schultern liegt“ etc.. Den psychisch oft etwas labilen Patienten wird unterstellt, dass sie in ihrem Familien- und Sozialkreis „die Rolle eines kranken Kindes spielen“ und „nicht gesund werden“ wollen. Migranten wird regelmäßig unterstellt, dass sie ihre („Rückenschmerz“) Beschwerden wegen kulturell-sozialer Spannungen haben. Auch Rassen- und Nationalenunterschiede sollen nach Vorstellung von Waddell in der Dynamik der Krankheitssymptome eine bedeutsame Rolle spielen, was ich aus meiner Praxis absolut nicht nachvollziehen kann. Mein UniVerS-Konzept funktioniert beispielsweise bei jedem *homo sapiens* – unabhängig von Rasse, Geschlecht, Alter, Hautfarbe, Konfession, Herkunftsland, Staatsangehörigkeit, sozialem Status, sexueller Orientierung, Bildungsniveau oder auch Parteizugehörigkeit.

Wenn also absolut zurecht gegen den untragbaren Zustand argumentiert wird, ohne Sinn und Verstand „die Röntgenbilder zu operieren“, dann muss auch gegen den Zustand argumentiert werden, „Wirbelsäulenbeschwerden zu bagatellisieren und zu psychologisieren“, anstatt den vertebrales Schmerzpatienten adäquat zu behandeln.

Waddell formuliert also seit den 80er Jahren in mehreren Arbeiten eine Vielzahl von Ideen, die im Laufe der Zeit weltweit sehr populär wurden. Manche Ideen wurden postuliert, andere durch fragwürdige RCTs zum Thema „*back pain*“ (medizinisch undefinierbarer und eigentlich völlig unsinniger Begriff) untermauert. Viele dieser Ideen sind eindeutig irrational und faktisch-medizinisch nicht korrekt. Medizinisch falsche bzw. primitive Begrifflichkeiten und Therapievorstellungen haben leider ihren Weg mit Unterstützung verschiedener Interessenvertreter und internationaler Fachgesellschaften in die ärztliche Praxis gefunden und wurden zu dogmatischen Vorstellungen der aktuellen („Rücken“) Schmerztherapie transformiert. Die meisten der in Deutschland und Großbritannien verfassten Klassifikationen, Definitionen und Therapieempfehlungen zum Themenkreis der vertebrales bedingten Schmerzen basieren fast 100 %ig auf den Vorstellungen und Empfehlungen von Waddell.

Das Buch „*The back pain revolution*“ von G. Waddell und seine Ideen, besonders sein Beitrag zur Weiterentwicklung von Engel'schen *biopsychosocial model*, initiierten in der Tat eine Revolution. Wie es aber leider oft bei Revolutionen passiert, und hier denke ich an die Französische Revolution (1789) oder an die Oktoberrevolution (1917) in Russland, führten diese revolutionären Handlungen nicht unbedingt zu einem Idealzustand. Die Revolutionen bringen erfahrungsgemäß sehr oft mehr Probleme als Problemlösungen mit. Nach einem blutigen Chaoszustand beginnt man jahrzehntelang später zu verstehen, dass die Ausgangssituation vor der Revolution wohl einer Korrektur, nicht aber einer totalen Demontage bedurfte. Die „Ideen“ der Revolutionsführer werden außerdem in der Regel entweder von ihnen selbst oder von ihren Gefolgsleuten gewaltsam durchgesetzt. Es besteht zum Beispiel zu diesem Zeitpunkt überhaupt kein Beweis (wenn man will, Evidenz), dass das Therapiekonzept von Waddell in seiner Gesamtheit effizienter ist als andere. Und trotzdem werden die Ärzte aufgefordert, nach *Guidelines* unter Zuhilfenahme der „*diagnostic triage*“ zu behandeln.

Ich glaube nicht, dass man das adäquate ärztliche Herangehen bei der Betreuung vertebrales Schmerzpatienten in ein festes Modell – sei es nun ein biomedizinisches oder ein biopsychosoziales – einquetschen

kann, darf und soll. Entweder sind die ärztlichen Bemühungen, einem Patienten zu helfen, professionell und facettenreich gestaltet, oder sie sind eben nicht professionell, sondern reduziert und dilettantisch. Es muss nach meiner Überzeugung der dritte Weg („der goldene Mittelweg“) zusammengefasst und bei der Betreuung vertebralegener Schmerzpatienten in der Praxis implementiert werden. Die groben Umriss eines solchen ausgewogenen Herangehens bzw. eines seiner möglichen Bestandteile habe ich als Unifiziertes Vertebrologisch-Schmerztherapeutisches Konzept – UniVerS-Konzept – benannt und in diesem Buch vorgestellt.

Düsseldorf, im November 2009

Eugen Judin

Inhaltsverzeichnis

1.	Begründung der Relevanz des UniVerS-Konzeptes	18
1.1.	Einführung	18
1.2.	Ätiologie, Pathogenese, medizinisch korrekte Diagnoseformulierung im Falle einer vertebra- genen Erkrankung	31
1.2.1.	Kurze Darstellung der Ätiologie und Pathogenese eines vertebra- gen bedingten Schmerz- syndroms	31
1.2.2.	Diagnoseformulierung im Falle einer vertebra- genen Erkrankung	37
1.3.	Allgemeine Charakteristik des UniVerS-Konzeptes	40
1.3.1.	Wie entstand die Idee zum UniVerS-Konzept?	40
1.3.2.	Basis des UniVerS-Konzeptes	45
1.3.3.	Anwendungsbereich des UniVerS-Konzeptes	48
1.3.4.	Das UniVerS-Konzept und die Fibromyalgie	49
1.3.5.	Zentrale Besonderheiten des Therapieeinsatzes	51
1.4.	Allgemeine Charakteristik der Therapiemethoden des UniVerS-Konzeptes	54
1.4.1.	Stellenwert der Manuellen Medizin (MM) im UniVerS-Konzept	54
1.4.2.	Stellenwert der Akupunktur (AKU) im UniVerS-Konzept	57
1.4.3.	Stellenwert der Therapeutischen Lokalanästhesie (TLA) im UniVerS-Konzept	65
1.4.4.	Stellenwert der Medikamentösen Therapie (MedT) im UniVerS-Konzept	67
1.4.5.	Stellenwert der Wirbelsäulengymnastik (WG) im UniVerS-Konzept	70
1.4.6.	Erfolgsmessung	72
1.5.	Konzepteigene Terminologie, Anamneseerhebung, Untersuchungsgang und Doku- mentation	73
1.5.1.	Konzepteigene Terminologie	73
1.5.2.	Anamnese, Untersuchung, Ausfüllen des Anamnesebogens, Verlaufsbogen	82
1.5.3.	Indikationstellung zur Anwendung des UniVerS-Konzeptes	86
2.	Konzepteigene Krankheitsbilder (Schmerzmuster)	90
2.1.	Wirbelsäulenbedingte Nacken- und Kopfschmerzen	90
2.1.1.	Zentraler Nacken- und Hinterkopfschmerz (NK-1) ☞ Abb. 2.1a	90
2.1.2.	Lateraler Nacken- und Hinterkopfschmerz (NK-2) ☞ Abb. 2.2	93
2.1.3.	Der Kopfschmerz vom Spannungstyp (NK-3) ☞ Abb. 2.3	95
2.1.4.	Der Kopfschmerz vom Migränetyp (NK-4) ☞ Abb. 2.4a+b	96
2.2.	Wirbelsäulenbedingte Schmerzen der oberen Extremität	98
2.2.1.	Der Schultergelenk- und Oberarmschmerz (OE-1) ☞ Abb. 2.5a	98
2.2.2.	Schulterblatt-Hand-Syndrom (SHS) (OE-2) ☞ Abb. 2.6a	100
2.3.	Wirbelsäulenbedingte Schmerzen an der Rumpfvorderseite	107
2.3.1.	Der Schmerz hinter dem Brustbein (RV-1) ☞ Abb. 2.7a	107
2.3.2.	Der Schmerz an der lateralen Thoraxwand im Sinne einer Interkostalneuralgie (RV-2) ☞ Abb. 2.8	109
2.3.3.	Der Schmerz in der Herzgegend (RV-3) ☞ Abb. 2.9	111
2.3.4.	Der Schmerz in der Gallenblasengegend (RV-4) ☞ Abb. 2.10	112
2.3.5.	Der Schmerz in der Magengegend (RV-5) ☞ Abb. 2.11	113
2.3.6.	Der Schmerz in der Blasengegend (RV-6) ☞ Abb. 2.12	114
2.4.	Wirbelsäulenbedingte Schmerzen an der Rumpfhinterseite	115
2.4.1.	Zentraler BWS-Schmerz (RH-1) ☞ Abb. 2.13	115
2.4.2.	Zentraler LWS-Schmerz (RH-2) ☞ Abb. 2.14a	117
2.4.3.	Der Schmerz an beiden Beckenkämmen (RH-3) ☞ Abb. 2.15	119

2.5.	Wirbelsäulenbedingte Schmerzen der unteren Extremität	121
2.5.1.	Der Gesäßschmerz (UE-1) ☞ Abb. 2.16	122
2.5.2.	Der Gesäß-, Ober-, Unterschenkel- und Fußschmerz (UE-2) ☞ Abb. 2.17	124
2.5.3.	Der seitliche Oberschenkelschmerz (UE-3) ☞ Abb. 2.18a.	125
2.6.	Peripher ausgebreitete vertebrogene Störungen	127
2.6.1.	Der generalisierte vertebrogene zervikothorakale Schmerz (GZTS) ☞ Abb. 2.19	127
2.6.2.	Der generalisierte vertebrogene lumbosakrale Schmerz (GLSS) ☞ Abb. 2.20	128
3.	Schlusswort und Danksagung	132
4.	Anhang	136
4.1.	Abkürzungsverzeichnis	136
4.2.	Literaturverzeichnis	136
	Index	140

Begründung der Relevanz des Uni- VerS-Konzeptes

1. Begründung der Relevanz des UniVerS-Konzeptes

1.1. Einführung

Ein kritischer Überblick über die aktuellen terminologischen, organisatorischen und therapeutischen Defizite in Bezug auf die leitliniengerechte Versorgung der schmerzhaften Wirbelsäulenerkrankungen

■ Terminologie und Nomenklatur der evidenzbasierten und Leitlinienmedizin

Patienten mit vertebrogen bedingten Symptomen werden von Ärzten verschiedener Fachrichtungen versorgt. Eine einheitliche und für alle verständliche Terminologie und Klassifikation der vertebrogen bedingten Schmerzen hat sich bis jetzt weder in Deutschland noch weltweit etabliert. Das verhindert sowohl die ärztliche Kommunikation und den Aufbau vernünftiger Organisation des Behandlungsprozesses als auch das allgemeine Verständnis der vertebrogenen Problematik. Begriffe wie "vertebrogen bedingte Beschwerden" oder "vertebrogen bedingte Schmerzen" haben sich bis dato nicht durchgesetzt und werden in der medizinisch-epidemiologischen wissenschaftlichen Literatur durch den Begriff "Rückenschmerzen" vertreten. Nicht nur Epidemiologen und Statistiker, sondern unverständlicher Weise auch klinisch tätige Ärzte verwenden in ihrem fachlich-wissenschaftlichen Sprachgebrauch Termini wie "*low back pain*" (unterer Rückenschmerz), "*back pain*" (Rückenschmerz), "*back and leg pain*" (Rücken-Beinschmerz) sowie "*nonspecific low back pain*" (unspezifischer unterer Rückenschmerz) – alles Fachbegriffe, die über eine sehr geringe Aussagekraft verfügen und vor allem aufgrund der Tatsache, dass der Begriff "Rücken" umgangssprachlicher und nicht wissenschaftlicher Natur ist, medizinisch-wissenschaftlich eigentlich als nicht definierbar charakterisiert werden müssen. Auf Schritt und Tritt trifft man in der Fachliteratur sowie in nationalen und internationalen Leitlinien zum Thema "Rückenschmerzen" auf Aussagen wie

- "*Rückenerkrankungen gehören in ihrer Gesamtheit zu den teuersten Gesundheitsstörungen.*"
- "*Bettruhe ist bei Rückenschmerzen obsolet.*"
- "*Die meisten Rückenschmerzen sind harmlos.*"

- "*Der entzündliche Rückenschmerz fängt typischerweise in den Sakroiliakgelenken an.*"
- "*Der größte Teil der Rückenschmerzen ist myofaszial bedingt.*"
- "*Bei Rückenschmerzen zeigen Myorelaxantien keine Vorteile gegenüber den NSARs.*"

und ähnliche nicht nur sprachlich, sondern oft auch faktisch-medizinisch falsche Aussagen. So schreibt ein radiologisch tätiger Universitätsprofessor in einem für die Rubrik "Zertifizierte Fortbildung" gestalteten Fachartikel: "*Bei 'normalen' Rückenschmerzen werden Röntgenübersichtsaufnahmen nicht routinemäßig empfohlen.*" Nach Anwendung einer Sherlock-Holmes'schen Deduktionsmethode kann man davon ausgehen, dass von den meisten Autoren in diesem Zusammenhang mit "Rückenschmerzen" und "Rückenerkrankungen" wirbelsäulenbedingte Schmerzen und andere wirbelsäulenbedingte Beschwerden gemeint sind. Leider kann man auch in diesem Fall aus solchen Aussagen nicht ableiten, ob es sich um zervikale, thorakale oder lumbale Schmerzen handelt. Man muss schon bereit sein, zwischen den Zeilen zu lesen oder einfach willig mitzudenken, wenn man als Mediziner einen Fachartikel über "Rückenschmerzen" liest. Und überhaupt – gehören der Nacken und das Gesäß noch zum Rücken oder gehören sie schon zu Kopf oder Bein?

Dieses Beispiel zeigt, dass solche fundamentalen Begriffe wie Definition und Klassifikation – früher die Heiligtümer jeder Wissenschaft und natürlich auch der Medizin – zur Zeit, zumindest in Bezug auf die wirbelsäulenbedingten Schmerzsymptomen, unterbewertet werden und dass nicht nur der Gesetzgeber, sondern auch die Mediziner selbst aktuell den gefährlichen Weg einer saloppen Terminologieverwendung einschlagen.

Die Entwicklung terminologischer Klarheit als Basis für das weitere Vorgehen sehe ich also in Bezug auf die vertebrogenen Beschwerden als eine vorrangig zu lösende Aufgabe an. In der Fachliteratur wird seit langem versucht, für die Charakteristika der vertebrogenen Schmerzsymptomatik passende Begriffe zu finden. Begriffe wie HWS-, BWS-,

LWS-Syndrom, Lumbago, Lumboischialgie, Lumbalgie, Zervikalgie, Zervikobrachialgie sind einige davon. Diese Begriffe stellen für den Praxisalltag eine grobe Orientierung dar, taugen gut als eine Arbeitsdiagnose und sind insgesamt sinnvoll. Versuche, diese Begriffe und die Schmerzsymptomatik weiter zu differenzieren, führten zum Entstehen solcher Begriffe wie **Kompressionssyndrome**, damit sind Schmerzen und andere Symptome gemeint, die mit der Kompression einer Spinalnervwurzel zusammenhängen, sowie **Nicht-Kompressionssyndrome**, damit sind Schmerzsyndrome ohne Kompression einer Spinalnervwurzel gemeint. Kompressionssyndrome werden auch als **radikulär** und Nicht-Kompressionssyndrome als **pseudoradikulär** oder **reflektorisch** bezeichnet. Man unterscheidet zudem zwischen **lokalen** und **übertragenen** Schmerzsyndromen. Auch diese Terminologie ist äußerst gelungen und sinnvoll und bildet ein sicheres Fundament für das weitere therapeutische Vorgehen. Allerdings werden die Begriffe pseudoradikulär (reflektorisch) und radikulär oft falsch verstanden. Regelmäßig trifft man in der Fachliteratur auf die Meinung, dass lumbale pseudoradikuläre Syndrome durch eine "Schmerzausstrahlung nur maximal bis zum Knie" und die radikulären Syndrome durch eine "Schmerzausstrahlung bis zum Fuß" charakterisiert sind (z.B. Leitlinie "Kreuzschmerzen" der DEGAM, ¹⁵ Tab. 1.1, www.degam.de). Das ist aber offensichtlich falsch. Es gibt sicherlich sowohl lumbale radikuläre Schmerzsyndrome, die Beschwerden nur im Oberschenkel hervorrufen, als auch pseudoradikuläre vertebrale lumboischialgische Schmerzen, die

von Patienten in der Wade, in der Ferse oder im Fuß wahrgenommen werden. Pseudoradikulärer vertebrale LWS-Schmerz heißt niemals "nur maximal bis zum Knie ausstrahlend", sondern pseudoradikulär oder reflektorisch übertragend heißt vor allem "nicht kompressionsbedingt", "ohne eine Spinalnervwurzelkompression". Er kann auch durchaus in den Fuß und den Unterschenkel ausstrahlen und bleibt, wenn er nicht durch eine Spinalnervwurzelkompression bedingt ist, trotzdem pseudoradikulär. Außerdem können die pseudoradikulär übertragenen LWS-Schmerzen nicht nur in die untere Extremität, sondern auch in den Thorax und das Abdomen ausstrahlen.

Zudem sollen die radikulären Schmerzen "im Fuß schlimmer als im Kreuz" sein. Diese Definition ist sicherlich nicht ernst zu nehmen. Durchaus kann der kompressionsbedingte Schmerz an der unteren Extremität auch noch von einem sehr starken lokalen Kreuzschmerz begleitet werden. Der Patient wird dabei gar nicht in der Lage sein, zu sagen, wo der Schmerz stärker ist. Auf der anderen Seite beklagen viele Patienten mit diskogenen pseudoradikulären, also nicht kompressionsbedingten Schmerzen, oder auch beim M.-piriformis-Syndrom oder einer ISG-Blockade/Dysfunktion stärkste Schmerzen an der unteren Extremität, die durchaus intensiver sein können als lokaler LWS-Schmerz.

Auch das leitliniengerechte Verständnis von rezidivierenden Schmerzen als "nach einem beschwerdefreien Zeitintervall von mindestens 6 Monaten" (z.B. Leitlinie "Kreuzschmerzen" der DEGAM) ist

Unkomplizierte KS (>80 %)	Radikuläre KS (ca. 5 %)	Komplizierte KS (ca. 1 %)
<p>Syn.: Lumbago, Hexenschuss, unspezifische Kreuzschmerzen, nicht radikuläre Kreuzschmerzen</p> <ul style="list-style-type: none"> • bewegungsunabhängig • evtl. dermatomübergreifend Ausstrahlung bis oberhalb des Knies (pseudoradikuläre KS) • guter Allgemeinzustand 	<p>Syn.: Ischialgie, Lumboischialgie</p> <ul style="list-style-type: none"> • einseitige Schmerzen im Bein (meist schlimmer als KS), ausstrahlend bis unterhalb des Knies • ggf. Taubheitsgefühl und Parästhesien im Versorgungsgebiet einer oder mehrerer Nervenwurzeln • positiver Lasègue-Test • Reflexauffälligkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Frakturen • Tumore • Entzündungen • Abszedierungen • ausgeprägte neurologische Ausfälle
		<p style="text-align: center;">Extravertebrale KS</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aortenaneurisma • Darmkolik • Harnwegsinfekt

Tab. 1.1: DEGAM-Klassifikation der Kreuzschmerzen.

merkwürdig. Seit wann heißt rezidivierend "*mindestens nach 6 Monaten*"?

Jedes Aufflackern der Symptomatik nach einem beschwerdefreien Intervall, ob sechs Minuten, sechs Monate oder sechs Jahre, heißt doch in der Medizin "rezidivierend". Warum soll der rezidivierende vertebrale Schmerz eine Ausnahme machen?

Ganz ungeschickt ist die DEGAM-Definition von Kreuzschmerzen. Danach heißt es: "*Kreuzschmerzen sind Schmerzen oder Unwohlsein im Bereich des Rückens vom unteren Rippenbogen bis zu den Glutealfalten, evtl. mit Ausstrahlung in die Beine.*" Genauso merkwürdig ist die o.g. DEGAM-Klassifikation der Kreuzschmerzen.

Die in dieser Klassifikation aufgeführten Informationen sind lediglich irreführend. Ein Symptom, das die Gesellschaft mehrere Milliarden Euro im Jahr kostet und Millionen von Bürgern ihre Lebensqualität raubt; das Symptom, worauf der größte Teil aller Frühberentungen und Schwerbehinderungen zurückgeführt werden kann, als "unkompliziert" zu bezeichnen, ist *per se* Nonsens. Nicht jeder radikuläre Schmerz wird von Reflexauffälligkeiten begleitet, nicht jede Ischialgie oder Lumboischialgie hat eine radikuläre Genese und der Lasègue-Test spielt bei der Differenzierung radikulär-pseudoradikulär überhaupt keine Rolle. Dieser Test (Erstbeschreibung 1864) sollte meiner Meinung nach sogar als Anachronismus der Vertebrologie bezeichnet werden, so niedrig ist seine Relevanz in einer Diagnose- und Prognosestellung bei einer vertebrale Erkrankung. Seine Spezifität ist gleich null, weil er praktisch bei jeder klinischen Situation sowohl positiv als auch negativ ausfallen kann.

Ein weiteres häufiges terminologisches Missverständnis ist der zentrale Begriff der Rückenschmerz-Leitlinienmedizin selbst: "unspezifischer Rückenschmerz" (Syn. einfacher Rückenschmerz, unkomplizierter Rückenschmerz u.a.). Besonders in der allgemeinmedizinischen und schmerztherapeutischen Fachliteratur trifft man diesen Terminus sehr häufig an. Man folgt dabei offensichtlich der folgenden Logik: Wenn man heutzutage **lokalisatorisch** alle dorsalen Partien des Torsos als Rücken bezeichnet, warum kann man dann nicht noch ein Stück weitergehen und **pathogenetisch** nahezu alle Schmerzen pauschal als unspezifisch bezeichnen? Orthopäden und Neurochirurgen,

Spezialisten mit chirurgischer Ausbildung, die über genauere Anatomiekenntnisse verfügen als beispielsweise Allgemeinmediziner und Schmerztherapeuten, gehen richtigerweise auf Distanz zu diesem Terminus. Auch in meinen Augen ist diese Charakterisierung "spezifisch – unspezifisch" äußerst irreführend. Zum Beispiel soll der "spezifische Rückenschmerz" mit röntgenologisch fassbaren degenerativen, entzündlichen oder tumorösen Wirbelsäulengelenkerkrankungen zusammenhängen, wohingegen für einen "unspezifischen Rückenschmerz" diese Zusammenhänge nicht feststellbar wären. Doch alles, was morphologisch und apparativ nicht fassbar ist, als unspezifisch zu bezeichnen, ist nicht korrekt. Anamnestiche und klinische Daten lassen immer vermuten, welche wirbelsäuleneigenen Strukturen beim vertebrale bedingten Schmerzsyndrom die Hauptrolle spielen.

Es ist völlig richtig, dass in der überwiegenden Zahl der ambulanten Fälle (wobei es sich in der Regel um ein lokales oder reflektorisch übertragenes [pseudoradikuläres] Schmerzsyndrom handelt)

- die Schmerzintensität eher moderat ist
 - sich keine neurologischen Ausfälle manifestieren
 - keine absolute OP-Indikation vorliegt
- eine bildgebende Diagnostik entbehrlich ist.

Eine klinische symptombezogene Diagnose reicht dann völlig aus, um eine Therapie zu beginnen. Dabei ist keine umgehende röntgenmorphologische Verifizierung erforderlich und der Arzt verzichtet bewusst auf die Bildgebung und eine 100 %ige Genauigkeit, da sie in der Ausarbeitung des Behandlungskonzeptes oft keine Rolle spielt. Genau das wird im UniVerS-Konzept, wie es weiter erörtert wird, bewusst realisiert.

Wenn man einen solchen ambulanten vertebrale Patienten versorgt, sollte man allerdings schon ganz klare klinische Vorstellungen oder zumindest einen stichhaltigen Verdacht haben, welche Mechanismen zum Entstehen des Schmerzsyndroms geführt haben und welche wirbelsäuleneigenen Strukturen (Bandscheibe, Wirbelsäulengelenk, Knochensubstanz, Muskulatur, Gefäße) dabei betroffen sind.

Alle morphologisch nicht fassbaren vertebra-genen Schmerzen eines Patienten, bei denen auf die Bildung bewusst verzichtet wurde (egal ob muskuläre, spondyloarthrogene, diskogene oder andere Ursachen führend sind) als unspezifisch zu bezeichnen, und der Appell, diese "unspezifischen Rückenschmerzen" mit Paracetamol, Wärmeapplikationen und körperlicher Aktivität zu behandeln, ist in meinen Augen für den Patienten äußerst gefährlich. Das ist, wie ich glaube, die Quelle der "Volkskrankheit Rückenschmerzen".

Seit neuestem steht Ärzten in Deutschland und weltweit aus dem angelsächsischen Sprachraum eine Entscheidungshilfe zum Terminus "*low back pain*" zur Verfügung, die sogenannten *Flags* (engl. Flaggen, im Sinne von Warnzeichen). Wenn der Arzt einen "Rückenschmerzpatienten" versorgt und in dessen Krankheitsgeschichte diverse Warnzeichen findet, wie zum Beispiel ein Trauma, ein Alter unter 20 oder über 55 Jahren oder neurologische Ausfälle, bedeutet das: Der Fall dieses Patienten muss mit einem oder mehreren *Red Flags*, also roten Flaggen, zunächst einmal gedanklich gekennzeichnet werden. Therapie- und Diagnostik-Algorithmus richten sich dann nach Vorhandensein oder Fehlen von *Red Flags*. Die Begründung für die Verwendung von *Flags* lautet: Durch das einheitliche System der Kennzeichnung wird die Diagnose "Rückenschmerz" strukturierter und der Arzt sieht sofort, wenn es komplizierter wird und er den Patienten umgehend zum "Spezialisten" schicken sollte.

Die zirka zehn Kriterien der *Red Flags* sind allerdings bei näherer Betrachtung einerseits auffällig salopp und amorph, andererseits banal. Gehört etwa der Patient mit 56 Jahren zur *Red-Flag-Gruppe* und mit 54 Jahren nicht? Die Flaggen-Geschichte ist damit noch nicht beendet, es geht weiter: Wenn es dem Patienten nicht besser geht und der Arzt das Ausbleiben einer Besserung nach einer Therapie mit Paracetamol, Wärme und Mobilität nicht auf seine therapeutische Ineffizienz, sondern auf die "bio-psycho-sozialen Besonderheiten" des Patienten zurückführt, heißt das: ein Fall mit *Yellow Flag*, also eine gelbe Flagge. Damit wird der Patient in die "Psychoecke" gedrängt und muss dann auf Fragen eines Psychotherapeuten antworten wie: "*Was würden Sie machen, wenn Sie keine Schmerzen mehr hätten?*" oder "*Was meinen Sie, weswegen haben Sie diese Schmerzen?*" oder "*Was*

meinen Sie, was könnte Ihnen helfen?" Man verkauft nun dieses System der Kennzeichnung als etwas ganz Besonderes, als etwas Wesentliches – geradewegs so, als ob praktizierende Ärzte diese selbstverständlichen Situationen nicht selbst für sich einordnen könnten. Inzwischen kam es zur Erweiterung der Farbenpalette der "Flaggen" auf die Farben orange, blau und schwarz. Im Lichtspektrum bleiben jetzt lediglich drei Farben frei – grün, hellblau und violett. Bald werden also alle klinisch wichtigen Situationen erfasst!

Der Terminus "Rückenschmerz" mag vielleicht ein guter Einstieg bei einem Patientengespräch sein. Doch damit hat er sich dann im ärztlichen Sprachgebrauch auch schon erschöpft. Die Begriffe "Rücken", "Rückenschmerz", "Kreuzschmerz" sowie ihre Abkömmlinge sind wissenschaftlich nicht definierbar. Allein schon aus diesem Grund wäre eigentlich die fachmännische Verwendung des Terminus "unspezifischer Rückenschmerz" zu vermeiden. In allen Artikeln und Leitlinien mit einem Anspruch auf Wissenschaftlichkeit sollte eine solche unklare Terminologie meiner Meinung nach vermieden werden. Die Terminologie in Bezug auf Erkrankungen der Wirbelsäule muss gründlich hinterfragt werden.

Ich schlage in diesem Sinne vor, die Termini

- "Vertebrologie"
 - "vertebragen bedingte Beschwerden"
 - "vertebragen bedingte schmerzhaft Symptommatiken"
 - peripher ausgebreitete vertebra-gene Störungen
- als Dachbegriffe zu etablieren und sie inhaltlich zu füllen.

"*Inhaltlich füllen*" würde unter anderem heißen, dass alle vertebra-genen Symptommatiken und typischen klinischen Syndrome aufgelistet und mit passenden Termini benannt werden sollten. Zudem sollte schon vorhandene Terminologie (radikulär, pseudoradikulär) adäquat benutzt werden. Das wäre dann die Basis für eine detaillierte fachliche Diskussion.

Ich gebe zu, dass Begriffe wie "Vertebrologie" oder "UniVerS-Konzept" auch auf mich zunächst etwas ungewöhnlich gewirkt haben. Aber ich sehe keine andere Alternative, die Zahl der Wirbelsäulen-

kranken zu reduzieren – außer einen Fachbereich Vertebrologie und die dazu gehörenden Kompetenzfelder und Termini zu etablieren. Entweder wird sich die medizinische Welt an neue klarere Termini gewöhnen oder es wird weiterhin das "schmerzgeplagte Deutschland" und die "Volkskrankheit Rückenschmerz" geben und es wird weiter nach aktuellen Leitlinien "Kreuzschmerzen" therapiert mit daraus resultierenden Steuergeldausgaben von einigen Dutzend Milliarden Euro pro Jahr. Wie ich meine, ergibt sich daraus die dringliche Konsequenz für die zahlende Sozialgemeinschaft, sich mit dieser Problematik und als Erstes mit der Terminologie und Nomenklatur einer vertebra-genen Erkrankung etwas genauer zu beschäftigen.

■ Therapie

Auf der wackeligen terminologischen Grundlage werden nun mehrere Konzepte und Leitlinien zur Versorgung der "Rückenschmerzpatienten" vorgeschlagen. Über die Qualität der Therapiekonzepte, Leit- und Richtlinien, Programme der integrierten Versorgung sowie der Behandlungsalgorithmen zum Thema "Rückenschmerz", "unspezifischer Rückenschmerz", "Kreuzschmerz", "*low back pain*" lässt sich aus meiner Sicht nicht streiten. Sie sind ganz offensichtlich nicht nur schlecht – sie sind, vorsichtig ausgedrückt, sehr schlecht. Warum? Aus zwei Gründen: Zum einen sind sie ineffizient und zum anderen sehr teuer.

- **Ineffizient**, weil diese Konzepte zum größten Teil im Einklang mit den aktuellen Leitlinien (Leitlinie "Kreuzschmerzen" der DEGAM, www.degam.de, Therapieempfehlungen "Kreuzschmerzen" der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, www.akdae.de, *European Guidelines for Acute Nonspecific Low Back Pain*, van Tulder et al., 2004 u.a.) stehen, die meiner Meinung nach als äußerst fragwürdig charakterisiert werden müssen. Ein Beispiel: Die Leitlinienempfehlungen, nach denen akut-schmerzhafte LWS-Syndrome (z.B. bei einem Bandscheibenvorfall oder einer WS-Instabilität) mit aufrecht erhaltener Mobilität, Wärmeapplikationen, Beruhigung des Patienten sowie Paracetamol und ohne zumindest zeitlich begrenzte Immobilisierung der LWS, ohne Anwendung therapeutischer Lokalanästhesie einer ätiopathogenetisch strukturierten medikamentösen Therapie und Aku-

punktur zu behandeln sind, sind vielleicht EbM-technisch begründbar – pathophysiologisch und praktisch sind sie aber nicht nachvollziehbar. Die Prozesse der Selbstheilung werden durch eine solche Behandlung nicht unterstützt, sondern ganz im Gegenteil massiv gestört. Der betroffene Wirbelsäulenabschnitt sollte im krassen Gegensatz dazu – zumindest in der akuten Phase und besonders in Phasen der Zunahme der Beschwerden – aus pathophysiologischer Sicht immobilisiert und somit entlastet werden. Diese Entlastung führt zu einer Minderung des intradiskalen Drucks, was im Falle eines beginnenden oder schon fortgeschrittenen Bandscheibenvorfalles ohne jede Frage erwünscht ist. Die weitere Ausübung der körperlichen Arbeit ohne belastungsfreie Pause wird ganz ohne Frage zur weiteren Diskoordination der Bandscheibenfunktion und zur Chronifizierung der Beschwerden führen. Wärmeapplikationen (Bäder) tragen zur Sensibilisierung von Nozizeptoren, Zunahme eines lokalen Ödems und einer Induktion einer neurogenen Entzündung bei. Der Patient steht weiter unter Schmerzen, erlebt Einschränkungen im Alltag und kann nicht weiterarbeiten. In sechs Monaten wird die Diagnose "chronische Schmerzkrankheit" gestellt und die überfallartige Behandlung durch zahlreiche verschiedene Mediziner (*Case management*, auf Deutsch: integrierte Versorgung) eingeleitet.

- **Sehr teuer** sind die vorgeschlagenen leitliniengerechten Konzepte, weil der Patient zusätzlich zu einer Arbeitsunfähigkeit von sehr vielen Behandlern betreut werden soll, die alle bezahlt werden müssen. Bezahlen muss die Gesellschaft dabei doppelt: einmal die leitliniengerechte somatische Behandlung während der Erstversorgung in einem akuten Stadium und anschließend alle nachfolgenden, oft mehrjährigen "psychosomatisch orientierten" Therapien inklusive "psychologischer Schmerztherapie" bei einer logischerweise manifesten Therapieresistenz in einem chronischen Stadium. Was man in einem akuten Stadium versäumt hat, kann man später nur bedingt nachholen. Der Patient wird durch eine leitliniengerechte, allerdings inadäquate Therapie seiner akuten Beschwerden regelrecht in die Chronifizierung getrieben. Da hilft keine anschließende bio-psycho-soziale Therapie inklusive Schulden- und Sexualberatung, wenn

der Patient mit einem akuten LWS-Syndrom somatisch mit Aktivierung, Vermeidung der Bettruhe, Manipulationstherapie durch Geübte, heißen Bädern und Nahelegung der Harmlosigkeit der Beschwerden behandelt wurde.

So scheinen die "Britischen Empfehlungen zur Aufklärung von Lumbalgie-Patienten" von Waddell et al., 1996 (zitiert nach E.Rebhandl und Co. aus dem Buch "Guidelines für Allgemeinmedizin", 2007, Seite 761) nicht besonders stichhaltig zu sein (Tab. 1.2).

Sicherlich ist es so, dass sich ein Kollege oder sogar eine Fachgesellschaft in ihren Schlussfolgerungen oder Analysen zu dem einen oder anderen medizinischen Problem aus Mangel an praktischen oder auch theoretischen Kenntnissen täuschen kann (Errare humanum est). Keiner, weder eine Person noch eine Fachgesellschaft, sollte wegen eines Irrtums an den Pranger gestellt werden. Doch problematisch wird es für alle Beteiligten, wenn der offensichtliche Irrtum zum Gesetz gemacht und jede kritische Diskussion blockiert wird.

Als große Gefahr sollte man zudem nicht nur das Produzieren von pseudowissenschaftlichen Daten selbst betrachten, sondern auch ihre Verbreitung durch das unkritische Zitieren der offensichtlich absurden Publikationen.

Die Ausarbeitung eines optimalen Therapiekonzeptes bei vertebralem Beschwerden ist für das Gesundheitswesen und die Gesellschaft enorm wichtig. Es geht hier um die Festlegung der fundamentalen Herangehensweisen, um die das Schicksal des Patienten bestimmenden Therapiestrategien. Einem Mediziner, der sich in einem "Randomisierungsrausch" befindet, mag eine solche Kleinigkeit wie die Anwendung eines Rückenwickels in der Behandlung eines akuten LWS-Syndroms völlig unbedeutend erscheinen. Doch die Anforderung an einen Chirurgen, sich vor der OP die Hände zu waschen, ist genauso einfach, aber für das Endergebnis entscheidend. Lapidar ausgedrückt: Wenn der Chirurg eine erfolgreiche Operation durchführen will, muss er sich als erstes die Hände desinfizieren, dann kann er operieren. Und wenn ein Arzt einen Erfolg bei der Therapie eines akuten

Art der Rückenschmerzen	Patienteninformation
Allgemeine unspezifische Rückenschmerzen Übermitteln Sie eine positive Botschaft!	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Grund zur Besorgnis, Rückenschmerzen hat fast jeder. • Keine Anzeichen eines schwerwiegenden Traumas oder einer gravierenden Erkrankung. • Die Genesung dauert gewöhnlich einige Tage oder höchstens ein paar Wochen. • Bleibende Schäden sind nicht zu erwarten. Rückfälle sind eher häufig, aber auch dann ist die Chance auf eine Wiederherstellung gut. • Körperliche Bewegung ist nützlich. Untätigkeit ist schlecht. Schmerzen bedeuten nicht, dass Bewegung schlecht ist.
Ischialgien Übermitteln Sie eine positive Botschaft!	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Grund zur Sorge. In vielen Fällen reicht eine konservative Behandlung aus, jedoch dauert es bis zum völligen Abklingen der schmerzen gewöhnlich 1-2 Monate. Mit einer völligen Schmerzfreiheit kann gerechnet werden. Rückfälle sind möglich.
Verdacht auf eine gravierende Grunderkrankung Vermeiden Sie, eine negative Botschaft zu übermitteln!	<ul style="list-style-type: none"> • Für eine Diagnose sind noch weitere Untersuchungen nötig. Erfahrungsgemäß ergeben diese in vielen Fällen harmlose Befunde. • Nach den Untersuchungen wird ein Spezialist darüber entscheiden, welche Therapie für Sie am besten ist. • Übermäßige körperliche Anstrengungen sollten bis zum Ende der Untersuchungen vermieden werden.

Tab. 1.2: "Britische Empfehlungen zur Aufklärung von Lumbalgie-Patienten" von Waddell et al. 1996 (zitiert nach Rebhandl E, Guidelines für Allgemeinmedizin, 2007).