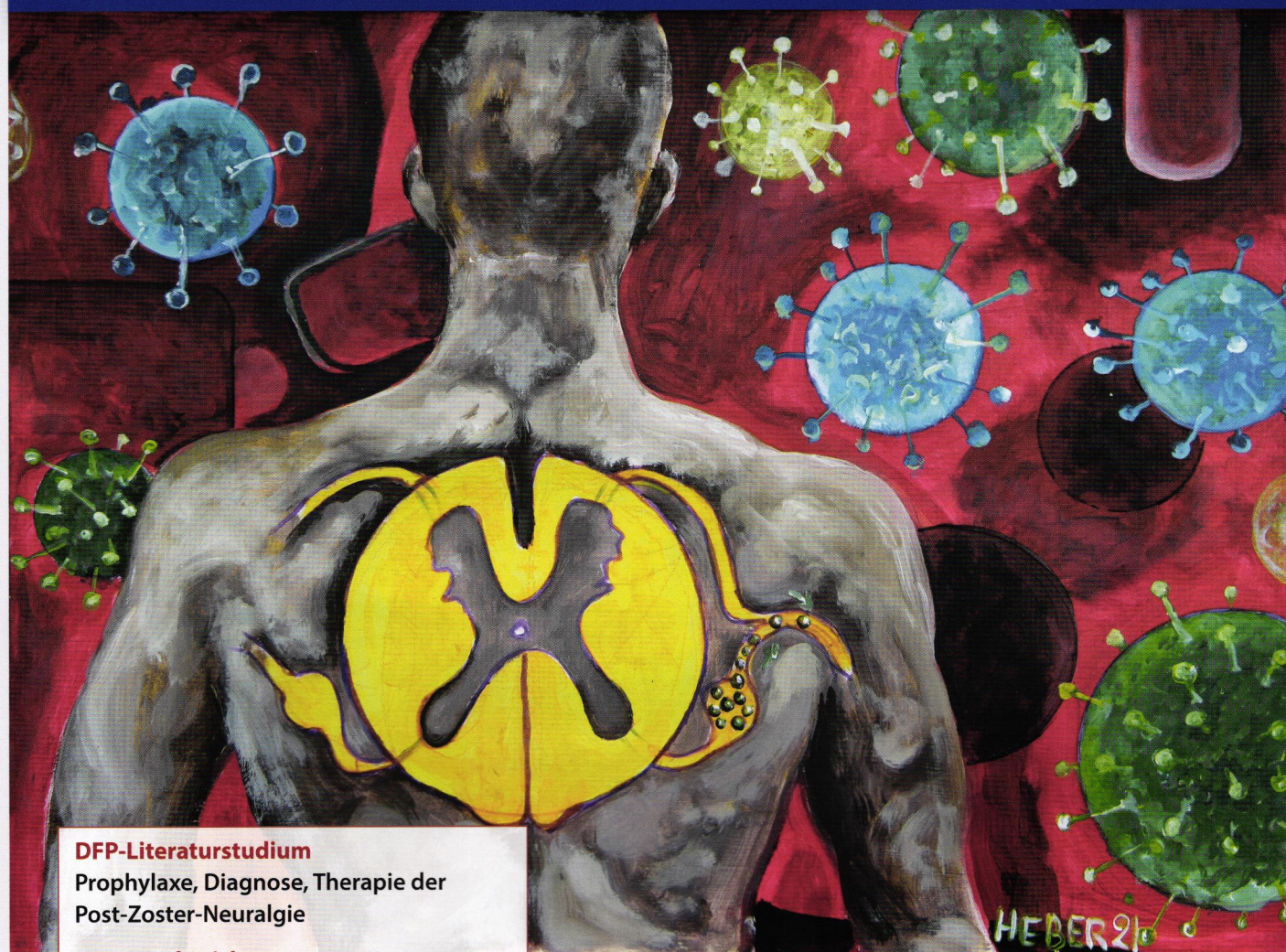


# SCHMERZ NACHRICHTEN

Zeitschrift der Österreichischen Schmerzgesellschaft



#### **DFP-Literaturstudium**

Prophylaxe, Diagnose, Therapie der  
Post-Zoster-Neuralgie

#### **Kongressberichte**

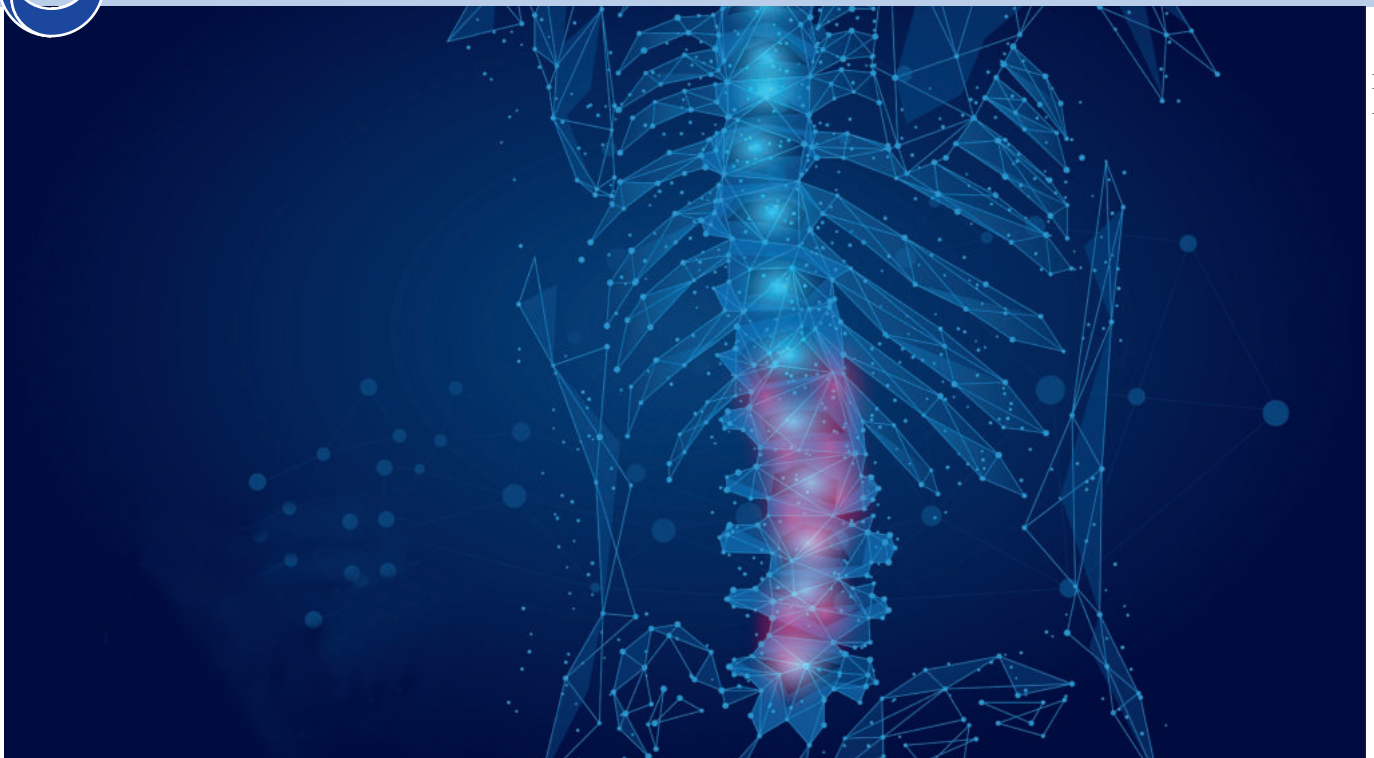
ÖSG-Kongress 2021  
Deutscher Schmerzkongress 2021  
DGAI-Kongress 2021

#### **Freie Themen**

Wirbelsäulen-Rehabilitation  
Alternatives Schmerzmodell  
Karpal- bzw. Tarsaltunnelsyndrom

ÖSTERREICHISCHE SCHMERZGESELLSCHAFT





# Rehabilitation von Erkrankungen der unteren Wirbelsäule

Psychosoziale und arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren spielen für Prognose und Verlauf von Kreuzschmerzen eine wesentliche Rolle und erfordern ein ganzheitliches therapeutisches Vorgehen, um deren Chronifizierung zu verhindern. Dieser holistische Ansatz kann mit den Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erreicht werden.

**K**reuzschmerzen – auch unterer Rückenschmerz (engl. low back pain, LBP) – sind definiert als Schmerzen zwischen Rippenbogen und der Gesäßfalte mit oder ohne Ausstrahlung in das Bein. Die Ursachen sind vielfältig.

Rückenschmerzen sind weltweit die führende Ursache für Produktivitätsverlust und führen die Rangliste der Lebensjahre mit Behinderung in 126 Ländern an. Internationale Studien zeigen eine Punktprävalenz des Kreuzschmerzes von 11,9 Prozent (SD 2) und eine 1-Monats-Prävalenz von 23,3 Prozent (SD 2,9). Diese Zahl der Lebensjahre, die Menschen mit einer Behinderung durch Kreuzschmerzen verbringen, ist zwischen den Jahren 1990 und 2015 deutlich gestiegen. Der Altersgipfel der Beschwerden wird zwischen dem 40. und dem 69. Lebensjahr erreicht.<sup>1</sup>

In Österreich leidet mehr als ein Viertel der Bevölkerung an chronischen Kreuzschmerzen oder anderen chronischen Rückenleiden (26 Prozent bzw. 1,9 Mio. Personen).<sup>2</sup> Mehr als acht Millionen der insgesamt knapp 40 Millionen Kranken-

Medienlenst Wilke



Von  
**Prim. Univ.-Prof.  
Dr. Michael Quittan,  
MSc, SFEBPRM**

Karl Landsteiner Institut  
für Funktionale Gesundheit  
und Remobilisation,  
Rehab Hietzing

standstage in Österreich waren im Jahr 2009 durch Probleme des Bewegungsapparats bedingt. Fast 100.000 Krankenhausaufenthalte entfallen jedes Jahr auf Wirbelsäulenleiden. Diese sind heute der häufigste Grund für Krankenstände, Spitalsaufenthalte und Frühpensionierungen. Rund 40 Prozent der vorzeitigen Renten gehen auf chronische Rückenleiden zurück. Aufgrund der Altersverteilung sind viele Menschen während ihres Berufslebens von dieser Erkrankung betroffen. Für sie ist die Gefahr eines Verlustes des Arbeitsplatzes dadurch besonders groß.

Die Kosten durch LBP sind international wie national enorm. In Großbritannien werden

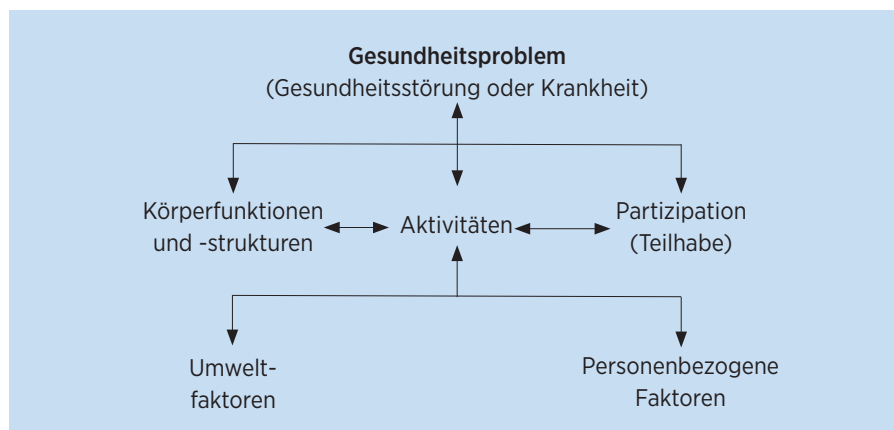
die Kosten durch Therapien und Arbeitsausfälle auf jährlich 2,8 Billionen Pfund geschätzt, in Österreich auf vier bis sechs Milliarden Euro.

## KLASSIFIKATION VON KREUZSCHMERZEN

Die Klassifikation der Kreuzschmerzen kann nach Ursache, Dauer, Schweregrad und Chronifizierungsstadium erfolgen. Je nach Dauer des Bestehens der Symptomatik werden akute (Schmerzdauer 1–4 Wochen), subakute (Schmerzdauer 5–12 Wochen) und chronische Kreuzschmerzen (Schmerzdauer > 12 Wochen oder episodisch innerhalb von 6 Monaten) unterschieden.

Von akuten rezidivierenden Kreuzschmerzen ist auszugehen, wenn eine neue Episode nach sechs Monaten Symptomfreiheit auftritt, von chronisch rezidivierenden, wenn eine neue Episode innerhalb eines Jahres nach Symptomfreiheit auftritt. Die zeitlichen Angaben sind dabei nicht als scharfe Grenzen, sondern vielmehr als fließende Übergänge zu betrachten, da besonders hinsichtlich der Chronifizierung erhebliche interindividuelle Unterschiede bekannt sind.<sup>3</sup>

**Abbildung: Dynamisches Modell der funktionalen Gesundheit mit der gegenseitigen Beeinflussung der verschiedenen Komponenten**



Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte<sup>7</sup>

Die Abgrenzung zwischen sogenannten nicht spezifischen und spezifischen Kreuzschmerzen ist in der Praxis nicht einfach. Allerdings werden über 95 Prozent durch mechanische Faktoren, also Veränderungen der Knochen, Bandscheiben, Bänder, Muskeln, Faszien und Nerven auf degenerativer Basis, verursacht. Da die klinische Symptomatik der Kreuzschmerzen häufig ähnlich ist, muss gezielt nach schwerwiegenden Ursachen wie malignen oder entzündlichen Erkrankungen, Frakturen sowie neurologischen Defiziten gefahndet werden.

## DIAGNOSTIK

Den Grundstein der Diagnostik bilden eine exakte Anamnese und eine differenzierte klinische Untersuchung entsprechend den manualediagnostischen Standards. Anhand derer muss sichergestellt werden, dass die Kreuzschmerzen tatsächlich muskuloskelettalen Ursprungs sind, das heißt: Pathologien außerhalb der Wirbelsäule, beispielsweise im kleinen Becken, sind auszuschließen.<sup>3</sup>

Da der Schmerz das Leitsymptom darstellt, spielt die Physiologie und Pathophysiologie des Schmerzes eine wichtige Rolle in der Diagnostik und Therapie. Die Schmerzursachen lassen sich in mechanische, neuropathische und – als relativ neue Entität (IASP 2017) – nozioplastische einteilen. Bei letztgenannter Ursache spielt die zentrale Sensibilisierung eine entscheidende Rolle. In diesem Zusammenhang zeigen internationale Daten ein Ansteigen des Risikos für chronisch rezidivierende Kreuzschmerzen nach der ersten Schmerzepisode. Etwa ein Drittel der Patient\*innen beklagt ein

Rezidiv innerhalb eines Jahres<sup>4</sup>, innerhalb der gesamten Lebensspanne erhöht sich der Anteil auf 85 Prozent.<sup>5</sup>

Jedes Schmerzgeschehen verlangt eine holistische Betrachtungsweise des betroffenen Menschen. So spielen auch bei Kreuzschmerzen psychosoziale und arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren eine entscheidende Rolle für Prognose und Verlauf von Kreuzschmerzen. Gerade in diesem Fall ist ein entschlossenes, ganzheitliches therapeutisches Vorgehen wichtig, um eine Entwicklung in Richtung Chronifizierung hintanzuhalten. Dieser holistische Ansatz kann vorzugsweise durch die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erreicht werden.

## MEDIZINISCHE REHABILITATION

Medizinische Rehabilitation umfasst alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiedergewinnung der Fähigkeit zur Berufsausübung sowie zur aktiven Teilnahme am normalen Leben in Familie und Gesellschaft.<sup>6</sup> Die WHO hat das Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) etabliert. Dieses übergreifende Konzept definiert die funktionale Gesundheit (= Funktionsfähigkeit), die in ihren Komponenten (Körperfunktion und -struktur sowie Aktivität und Partizipation) abgebildet wird (siehe Abbildung).

Patient\*innen mit Kreuzschmerzen benötigen nach einem akuten Schmerzereignis ein langfristig aufbauendes Programm, das alle relevanten Komponenten der funktionalen Gesundheit umfasst. Dieser kontinu-

ierliche Rehabilitationsprozess lässt sich sehr gut in den von der WHO definierten vier Phasen abbilden, die in der Regel einen chronologischen Ablauf aufweisen.

Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation bei chronisch rezidivierenden und chronischen Kreuzschmerzen erfolgen im Anschluss an ein Akutereignis nicht zwingend in der Phase II in einem stationären oder ambulanten Setting (Anschlussheilverfahren oder Rehabilitationsheilverfahren). Viel häufiger wird in dieser Phase ein stationäres Heilverfahren der Gesundheitsvorsorge in Anspruch genommen oder die Phase II wird übersprungen. Zur langfristigen Sanierung der physiologischen Maladaptation sowie zur positiven Veränderung des Lebensstils und damit Verhinderung eines Wiederauftretens oder einer Progression der bestehenden Erkrankung und zum Erhalt bzw. der Wiederherstellung der Funktionalität und Arbeitsfähigkeit sollen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation bei chronischen und chronisch rezidivierenden Kreuzschmerzen in der Phase III ambulant wohnortnah durchgeführt werden.

Gerade im langfristig angelegten ambulanten Setting der Phase III besteht die Möglichkeit, neben psychologischen Interventionen und Schulungen tatsächlich modifizierend und aufbauend auf Körperfunktionen und auch Körperstrukturen im Bereich der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur einzuwirken.

## Referenzen:

- 1 Knezevic NN et al. Low back pain. Lancet, published online June 8, 2021; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00733-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00733-9)
- 2 Statistik Austria; [https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheits/124630.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheits/124630.html)
- 3 Update der evidenz- und konsensbasierten österreichischen Leitlinie für das Management akuter, subakuter, chronischer und rezidivierender unspezifischer Kreuzschmerzen 2018 – Kurzbezeichnung Leitlinie Kreuzschmerz 2018, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Langfassung 1. Auflage, Version 1, 2018
- 4 Hartvigsen J et al. On behalf of the Lancet Low Back Pain Series Working Group. What low back pain is and why we need to pay attention. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com); published online March 21, 2018
- 5 Andersson G. The epidemiology of spinal disorders. In: Frymoyer J (Editor). The adult spine: principles and practice. Raven Press, New York 1997; 93-141
- 6 PV: Medizinische Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge; <https://www.pv.at/cdscontent/load?contentid=10008.577843&version=1617960986>
- 7 Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte; [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/\\_node.html6](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html6)