

SCHMERZ NACHRICHTEN

Zeitschrift der Österreichischen Schmerzgesellschaft



DFP-Literaturstudien

Bauchschmerzen: Update zu Diagnose und Therapieoptionen

Extraintestinale und extraartikuläre Manifestationen

Kongressberichte & Serien

Österreichische Schmerzwochen

Deutscher Schmerzkongress

ESSFN

Spezifischer und unspezifischer Rückenschmerz

Schmerzprävention Langzeitpflege

NEU: Junge ÖSG

ÖSTERREICHISCHE SCHMERZGESELLSCHAFT



Offizielles Organ der Österreichischen Schmerzgesellschaft

Ambulante Wirbelsäulenrehabilitation der Phase 3: ein Update

Michael Quittan · Günther F. Wiesinger

Karl Landsteiner Institut für Funktionale Gesundheit und Remobilisation, Wien, Österreich

Rückenschmerzen („low back pain“, LBP) betrafen im Jahr 2020 etwa 619 Mio. Menschen weltweit [1]. In Österreich berichten knapp 40% der Menschen, unter Rückenschmerzen zu leiden. Diese Zahl hat sich zwischen 1973 und 2007 verdoppelt [2]. In einer Liste ausgewählter chronischer Krankheiten stehen chronische Kreuzschmerzen sowohl bei Männern als auch bei Frauen an der Spitze der 12-Monats-Prävalenz [3].

Da Wirbelsäulenschmerzen in das gesamte Leben der Betroffenen eingreifen, ist der Leidensdruck entsprechend groß. Im Sinne dieses biopsychosozialen Krankheitsmodells besteht eine ausgeprägte Wechselwirkung zwischen den Lebensumständen der Erkrankten und deren Krankheitsverarbeitung. Die Gefahr der Chronifizierung, mit allen nachteiligen Folgen einer chronischen Schmerzerkrankung, ist bei diesen Beschwerden besonders groß. Sie muss unter allen Umständen hintangehalten werden.

Daher soll nach einer suffizienten Akutbehandlung großes Augenmerk auf eine bestmögliche Wiederherstellung der Gesundheit, im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells, gelegt werden. Das Ziel ist eine Kompetenzsteigerung der Patient:innen im Umgang mit der Erkrankung, zur Wiedererlangung ihrer vollen Aktivität und Teilhabe.

Dieser holistische Ansatz kann vorzugsweise durch die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erreicht werden. Die moderne medizinische Rehabilitation richtet sich nach dem biopsychosozialen ICF-Modell der WHO aus. Dies ist eine personalisierte Form der Rehabilitation, in der ganz speziell auf die individuellen Bedürf-

nisse auf der Teilhabe- und Aktivitätsebene eingegangen wird, um Menschen im Berufsleben zu halten oder sie bei der Rückkehr in den Beruf zu unterstützen bzw. bei schwer betroffenen Patient:innen eine Pflegebedürftigkeit zu minimieren [4].

Rehabilitatives Assessment

Vor der rehabilitativen Intervention muss eine entsprechende Diagnostik, auch als rehabilitatives Assessment bezeichnet, durchgeführt werden. Dieses Assessment umfasst alle Komponenten der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO.

Die klinisch-physikalische Krankenuntersuchung trägt nicht dazu bei, Funktionsdefizite objektiv zu quantifizieren. Nur ein standardisiertes apparatives Messverfahren mit international publizierten Normwerten erlaubt eine exakte und reproduzierbare Diagnose dieser funktionellen Defizite. Eine Vorgehensweise, die in der Medizin (z. B. Blutdruckmessen oder Ergometrie) selbstverständlich ist, muss auch in der Wirbelsäulendiagnostik eingefordert werden. Dies kann jedoch nur in spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen/Fachambulatorien erfolgen und stellt keineswegs eine allgemeine Screening-Methode dar. Eine valide Beweglichkeits- und Kraftmessung der autochthonen Wirbelsäulenmuskulatur erfordert ein zuverlässiges Ausschalten der Hüft- und Beinmuskulatur, da es andernfalls zu einem verfälschten Messergebnis kommt. Nur eine exakte Diagnostik des Funktionsdefizits definiert eine klare Therapieindikation und ist somit Ausgangspunkt der Therapieplanung.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Tab. 1 Schmerzverlauf vor und nach der ambulanten Wirbelsäulenrehabilitation sowie nach 18 Monaten Nachbeobachtung nach Ende der Rehabilitation

	Zahl	Median	Q25	Q75	Minimum	Maximum
VAS PR	96	41	24	69	0	100
VAS PO	96	0	0	5	0	63
VAS FU	96	0	0	20	0	70

Quelle: Pieber et al. [11]
 VAS visuelle Analogskala, PR Baseline, PO nach der Reha, FU Nachbeobachtung nach 6 Monaten, Q25 und Q75 unteres (25 %) und oberes (75 %) Quartil

Schmerzen werden mit Schmerzskaleten und Fragebögen erfasst. Einschränkungen auf den Ebenen der Aktivität und Teilhabe werden mit internationalen, in deutscher Sprache validierten Fragebögen erhoben [5].

Ein wesentlicher Aspekt der gesellschaftlichen Teilhabe ist die Berufsfähigkeit.

Da jeder Mensch individuelle Einschränkungen und Probleme erfährt, ist zusätzlich eine subjektive verbale Beschreibung des jeweiligen Problems sinnvoll. Derart können die, durch die ambulante Wirbelsäulenrehabilitation erzielten, Verbesserungen spezifisch erfasst und beschrieben werden.

Zusätzlich finden auch in diesem Bereich etablierte Fragebögen Verwendung, wie der Work Ability Index (WAI), das Screening-Instrument zur Einschätzung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen (SIMBO) oder der Patient Health Questionnaire (PHQ-4) in seiner deutschen Version. Diesen gemeinsam ist jedoch, dass sie nicht spezifisch für den Rückenschmerz entwickelt wurden. Daher sollten sie um eben diese spezielle Fragestellung ergänzt werden. Eine entsprechende Studie ist von den Autoren in Ausarbeitung.

Günstige Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit ist auch in der internationalen Literatur thematisiert. In einer randomisiert-kontrollierten Studie konnte gezeigt werden, dass 87% der Patient:innen nach einem Training der Lumbalextensoren ihre Erwerbstätigkeit wieder aufnehmen konnten. In der Gruppe, die kein Training absolviert hatte, waren es nur 24% [6].

Interventionen der Schmerzbewältigung

Bei Menschen mit chronischen rezidivierenden Kreuzschmerzen sind alle Komponenten der funktionalen Gesundheit betroffen. Auf Ebene der Körperstruktur und -funktion ist Schmerz das Leitsymptom. Das Risiko einer Chronifizierung des Schmerzgeschehens ist hoch. Psychosoziale Belastung wird per se als Risikofaktor angesehen. Depressivität/Distress, aber auch Aspekte der Schmerzverarbeitung und des Schmerzverhaltens, sind weitere hohe Risikofaktoren für eine Chronifizierung des Schmerzerlebens. Daher nehmen Interventionen zur Schmerzbewältigung einen wichtigen Platz innerhalb der ambulanten Wirbelsäulenrehabilitation ein [7].

Übergewicht und Fettverteilung stellen einen zusätzlichen Risikofaktor für Rückenschmerzen dar. Daher ist das Thema Lebensstilmodifikation bedeutender Inhalt einer Schulungseinheit.

Information und Schulung über den Rückenschmerz, auf Basis des biopsychosozialen Modells, verbessern wirkungsvoll Vermeidungsverhalten, Angst vor Bewegung und allgemeine Funktionsfähigkeit der Betroffenen. Ärzt:innen, Physio- oder Ergotherapeut:innen vermitteln daher in interaktiven Kleingruppen das biopsychosoziale Schmerzmodell, die funktionelle Anatomie, sowie die Pathologie der Wirbelsäule mit visueller Unterstützung [8].

Neben den pathologischen Veränderungen des Stützapparats wie Knochen, Knorpel, Bänder, Bandscheiben, Nerven etc. sind die Muskelfunktionsdefizite der Wirbelsäule gut dokumentiert. Es kommt schmerzbedingt zu einer Störung der Muskelfunktion im morphologischen und sensomotorischen Bereich [9].

Auf dieser Ebene greift die medizinische Trainingstherapie an. Ihre Bestandteile sind gezieltes Kraft- und Sensomotoriktraining. Die medizinische Trainingstherapie hat die Aufgabe, neben der Wiederherstellung einer normalen Funktion der Wirbelsäulen- und Rumpfmuskulatur, die Betroffenen zu einer Wiederaufnahme regelmäßiger körperlicher Aktivitäten zu befähigen und zu ermutigen [10].

Effekte der ambulanten Wirbelsäulenrehabilitation

Seit über 15 Jahren bietet die Pensionsversicherungsanstalt (PVA) ihren nichtpensionierten Versicherten mit Wirbelsäulenerkrankungen eine spezifische, ambulante Rehabilitationsmaßnahme an. Dieses Programm ist wissenschaftlich evaluiert und entsprechend publiziert [11, 12].

Es konnte eindeutig nachgewiesen werden, dass diese Rehabilitation des chronischen und chronisch rezidivierenden Kreuzschmerzes wirksam und nachhaltig ist. Sowohl am Ende der Rehabilitation nach 6 bis 8 Monaten als auch nach weiteren 18 Monaten Nachbeobachtung konnte eine signifikante Schmerzreduktion, eine signifikante Steigerung der Lebensqualität, sowie eine signifikante Zunahme der körperlichen Leistungsfähigkeit gegenüber dem Rehabilitationsbeginn, mit großer Effektstärke nachgewiesen werden (■ Tab. 1). Die körperlichen Funktionsparameter haben sich sogar normalisiert.

Dadurch können die Versicherten im Arbeitsprozess bleiben bzw. wieder integriert werden. Außerdem wird die Vitalität der Versicherten signifikant gesteigert, was auch zu einer verbesserten Teilhabe in allen Lebensbereichen führt [13].

Teilnahme an der ambulanten Wirbelsäulenrehabilitation der Phase 3

Gemäß dem biopsychosozialen Modell und der Gefahr der Chronifizierung ist es wichtig, die Patient:innen frühzeitig in diese Rehabilitationsmaßnahme zu integrieren. Bereits beim ersten Aufscheinen im System ist eine rasche Intervention geboten.

Ein Zuwarten (z. B. erst nach einer Bandscheibenoperation) führt zu einer Chronifizierung des Schmerzgeschehens und damit zu nachteiligen, ganzheitlichen Veränderungen. Dadurch verschlechtert sich für die Betroffenen die Chance auf eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess signifikant.

Zur Durchführung der ambulanten Wirbelsäulenrehabilitation haben die dafür leistungsrechtlich zuständigen Sozialversicherungsträger detaillierte Strukturqualitätskriterien erstellt. Somit ist eine österreichweite Versorgung entsprechend der Vorgaben des Rehabilitationsplanes für ambulante Rehabilitation in Österreich durch entsprechende Sachleistungen sichergestellt.

Alle Patient:innen, die eine Gesundheitsvorsorge Aktiv (Kur-neu) oder eine Rehabilitation wegen einer wirbelsäulenbezogenen Diagnose absolviert haben, die berufstätig sind oder eine befristet zuerkannte Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension oder Rehabilitationsgeld beziehen [4], können einen Antrag auf eine ambulante Wirbelsäulenrehabilitation der Phase 3 stellen. Nähere Informationen finden Sie auf der Homepage <https://www.aws-rehab.at>.

Korrespondenzadresse



© Mediendienst Wilke

Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Quittan, MSc, SFBPRM

Karl Landsteiner Institut für Funktionale Gesundheit und Remobilisation
Mantelgasse 34-36/4/7, 1130 Wien, Österreich
mq@rehab-hietzing.at

Interessenkonflikt. M. Quittan und G.F. Wiesinger geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the global burden of disease study 2021. *Lancet Rheumatol.* 2023;5:e305–e62.
2. Großschädl F, Stolz E, Stronegger WJ, et al. Rising prevalence of back pain in Austria: considering regional disparities. *Wien Klin Wochenschr.* 2016;128(1–2):6–13.
3. Klimont J, Gesundheitsbefragung Ö. 25. Bundesanstalt Statistik Österreich S 25. 2019. https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Oesterreichische-Gesundheitsbefragung2019_Hauptergebnisse.pdf. Zugriffen: 24. Okt. 2023.
4. PV. Medizinische Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge. <https://www.pv.at/cdscontent/load?contentid=10008.577843&version=1617960986>. Zugriffen: 24. Okt. 2023, August 2023:7–8.
5. Quittan M, Wiesinger GF. Die ambulante Wirbelsäulenrehabilitation der Phase 3: Die Teilhabe im Mittelpunkt. *Schmerz Nachr.* 2022;22:162–4.
6. Choi G, Raiturker PP, Lee SH, et al. The effect of early isolated lumbar extension exercise program for patients with herniated disc undergoing lumbar discectomy. *Neurosurgery.* 2005;57(4):764–72. discussion 764–72.
7. Quittan M, Wiesinger GF. Die ambulante Wirbelsäulenrehabilitation der Phase 3 – die Bedeutung der psychologischen Interventionen. *Schmerz Nachr.* 2023;23:98–101.
8. Quittan M, Wiesinger GF. Die ambulante Wirbelsäulenrehabilitation der Phase 3 – die Bedeutung der Krankheitsinformation und der Patientenschulungen. *Schmerz Nachr.* 2023;23:161–3.
9. Quittan M. Ambulante Wirbelsäulenrehabilitation, Phase 3: die Bedeutung der Wirbelsäulenmuskulatur. *Schmerz Nachr.* 2022;22:98–100.
10. Quittan M, Wiesinger GF. Phase 3 der ambulanten Wirbelsäulenrehabilitation: medizinisches Krafttraining. *Schmerz Nachr.* 2023;23:34–7.
11. Pieber K, Quittan M, Wiesinger GF, et al. Long-term effects of an outpatient rehabilitation program in patients with chronic recurrent low back pain. *Eur Spine J.* 2014;23(4):779–85.
12. Pieber K, Wiesinger G, Quittan M, Mittermaier C, et al. Effects of a multidisciplinary programme on postural stability in patients with chronic recurrent low back pain: preliminary findings. *Eur Spine J.* 2016;25(4):1219–25.
13. Quittan M, Wiesinger GF. Phase 3 der ambulanten Wirbelsäulenrehabilitation: eine evidenzbasierte Maßnahme. *Schmerz Nachr.* 2022;22:227–31.

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.



Pain Practice Ping Pong Seminar 2023

Nach zwei erfolgreichen Pain Practice Ping Pong Seminaren in Wien 2021 und 2022 fand das beliebte Fortbildungsformat in diesem Jahr in Salzburg seine Fortsetzung. Knapp 90 Teilnehmer:innen nahmen an diesem „Update auf dem Gebiet der Schmerzmedizin“ teil. Waltraud Stromer, Past-Präsidentin der ÖSG, hatte diese neue Fortbildungsreihe mit prägnanten, praxisnahen Vorträgen und vielen Fallbeispielen ins Leben gerufen.

Gemeinsam mit Rudolf Likar, Nenad Mitrovic, Wolfgang Pipam und moderiert von Stefan Gehr wurde die Fortbildung wieder spannend und unterhaltsam gestaltet. Während der Freitag im Zeichen der Fallbeispiele stand, wurden am Samstag die verschiedensten Themen in kurzweiligen 15-Minuten-Vorträgen vorgestellt. Es wurde das gesamte Spektrum der Schmerzmedizin abgedeckt – neuropathischer bzw. noziplastischer Schmerz, Kopfschmerz & Migräne sowie Rückenschmerz durften natürlich nicht fehlen. Auch Phantomschmerz, Restless Leg Syndrom sowie Depression, Schlafstörung und Fibromyalgiesyndrom wurden behandelt.

Während der Workshops hatten die Teilnehmer:innen die Möglichkeit, Themen in Kleingruppen genauer zu beleuchten. Die Interaktivität stand während der gesamten Veranstaltung im Fokus – nach jedem Vortrag wurden dem Publikum mittels einer Online-Voting-Plattform Fragen gestellt, um den Lernerfolg direkt vor Ort festzuhalten bzw. eventuell entstandene Missverständnisse noch vor Ort aufzuklären. Ein besonderes Highlight war auch in diesem Jahr das Live-Patient:innengespräch: detaillierte Schilderungen eines Patienten von Mitrovic zeigten, wie wichtig eine präzise Diagnose sowie eine adäquate Behandlung im beruflichen Alltag ist. Nächstes Jahr wird das Pain Practice Ping Pong Seminar am 16. November 2024 nach Wien zurückkehren.