

Konservative Therapiemöglichkeiten

Von Prof. Dr. med. Bernd Kladny

In einem Kalenderjahr haben 15 bis 45 Prozent **Kreuzschmerzen** und irgendwann im Leben leiden 70 bis 85 Prozent der Menschen an einer Kreuzschmerzepisode. Man unterscheidet den nicht-spezifischen vom spezifischen Kreuzschmerz. Ein höheres Lebensalter wird als Warnhinweis („red flag“) für eine spezifische Ursache mit möglicherweise dringendem Handlungsbedarf gesehen, der eine Abklärung der Schmerzursache erforderlich macht.

Degeneration – normaler Alterungsprozess oder Krankheit ?

Degeneration ist nicht nur als Krankheit aufzufassen, sondern auch als normaler Alterungsprozess. Die Abgrenzung zwischen degenerativer Wirbelsäulenveränderung und degenerativer Wirbelsäulenerkrankung bereitet mitunter Probleme. Dies zeigt sich auch in einer oft feststellbaren Diskrepanz zwischen bildgebender Diagnostik und Klinik. Hinzu kommt, dass bei degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen häufig gleichzeitig mehrere Krankheitsbildervorhanden sind.

Was ist die Ursache?

Daher gilt es im Rahmen der Befragung und Untersuchung sowie der bildgebenden Diagnostik zu analysieren, ob pathomorphologische (krankhafte) Veränderungen mit dem Beschwerdebild in Einklang zu bringen sind und wenn ja, welche. Davon ist abhängig, ob man das Schmerzbild trotz degenerativer Veränderungen als nichtspezifischen Schmerz einordnet und behandelt oder ob man eine spezifische Erkrankung mit spezifischer Behandlungsoption anstrebt. Im Vordergrund der therapeutischen Verfahren wird im Rahmen der nicht operativen Behandlung der Schmerz stehen, der häufig auch Anlass für den Arztbesuch ist. Eine schmerzfreie Lagerung, in der Regel Rückenlage bei gebeugtem Hüft- und Kniegelenk (so genannte „Stufenbettlagerung“), entlastet die Wirbelsäulenstrukturen.

Medikamentöse Therapie

Eine frühzeitige und adäquate Schmerztherapie trägt auch zur schnellstmöglichen Mobilisierung der Patienten bei, um allen immobilisationsbedingten Problemen entgegen zu wirken. Die medikamentöse Therapie umfasst sowohl die orale Gabe als auch die intravenöse Applikation aller Medikamente nach dem WHO-Stufenschemader Stufe I bis III. Grundsätzlich bedarf es der individuellen Beurteilung des Risikos bei der Auswahl der Medikamente bei kürzest möglicher Zeitdauer.

Injektions-/Infiltrationsbehandlung

Die Injektions- und Infiltrationsbehandlung dient sowohl der Diagnostik als auch der Therapie. Diesbezüglich stehen verschiedenste Techniken zur Verfügung. Es gibt trotz vielfältiger Verwendung in der täglichen Praxis und zahlreicher Literaturhinweise keine

Zulassung von Kortisonpräparaten für die Verabreichung im Bereich der Nerven der Wirbelsäule. Deshalb sei auf die Problematik des „off-label-use“ für diese Anwendung und die dadurch bedingten Probleme insbesondere bei der Anwendung im kassenärztlichen Versorgungsbereich besonders hingewiesen. Die lokale Injektions- und Infiltrationstherapie ist nach Orientierung an anatomischen Gegebenheiten sicher möglich. Bei Erfolglosigkeit oder schwierigen anatomischen Verhältnissen kann die Injektion mit Röntgenkontrolle erfolgen. Eine CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention ist im ambulanten Bereich nur auf Überweisung durch einen Schmerztherapeuten möglich.

Physikalische Medizin und Rehabilitation

Zusätzlich kommen Verfahren der physikalischen Medizin wie Krankengymnastik, klassische Massage, Elektrotherapie und Thermo-therapie zum Einsatz, die zunächst die Schmerzreduktion zum Ziel haben müssen.

Diese werden ergänzt durch Manuelle Medizin und orthopädiotechnische Versorgung. Nach Beseitigung oder Reduktion der Schmerzen gilt es, Körperfunktionen, Aktivitäten und die Teilhabe am sozialen Leben wieder herzustellen. In diesem Zusammenhang muss die Notwendigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen überprüft werden zur Verbesserung und zum Erhalt der Selbstversorgungsfähigkeit („Reha vor Pflege“) oder dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit („Reha vor Rente“). Der Bewegungstherapie, nicht nur in Form verordneter Physiotherapie, scheint wie bei den nicht-spezifischen Kreuzschmerzen eine besondere Bedeutung zuzukommen.

Ambulante Therapie

Die ambulante Therapie unterliegt zahlreichen Beschränkungen, angefangen bei den eingeschränkten Möglichkeiten der medikamentösen Therapie. Der Heilmittelkatalog begrenzt erheblich die Verordnung von Krankengymnastik und physikalisch-medizinischen Maßnahmen. Nicht unerwähnt soll bleiben, dass die Vergütung im kassenärztlichen Bereich mit Budgetgrenzen und Regelleistungsvolumen für die Behandlung einen deutlich negativen Faktor darstellt. Der erhebliche Mehraufwand bei älteren Patienten mit degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen und zahlreichen zusätzlichen Erkrankungen ist dadurch nur unzureichend abgebildet.

Konservative Stationäre Behandlung

Nach Ausschöpfung der ambulanten Maßnahmen oder bei Notfällen besteht die Möglichkeit der Einweisung der Patienten zur stationären nicht-operativen Therapie. Für die Einweisung von Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen zur konservativen Behandlung wird diesbezüglich „Akute Lähmung oder progrediente Lähmung oder andere akute neurologische Symptomatik“ oder „Akute oderprogrediente sensorische, motorische, funktionelle . . . Störungen sowie Schmerzzustände, die den Patienten nachdrücklich behindern oder gefährden“ in Frage kommen, die dann auch eine entsprechende Intensität der Behandlung mit kontinuierlicher intravenöser Applikation von Medikamenten erforderlich machen („kontinuierliche bzw. intermittierende intravenöse Medikation/Infusion“).

Zusätzlich besteht die Möglichkeit der interdisziplinären Diagnostik und Behandlung von komplexen (multifaktoriellen) Erkrankungen des Bewegungssystems unter fachärztlicher Behandlungsleitung. Diese ist an die Erfüllung zahlreicher Kriterien gebunden. Sie setzt neben einer Mindestaufenthaltsdauer von zwölf Tagen den Einsatz von fünf diagnostischen Verfahren und sechs therapeutischen Verfahren mit einer Leistungsdichte von 30 aktiven und passiven Einzelleistungen voraus.

Operation versus konservative Behandlung

Aktuell existiert weder für den Einsatz konservativer Verfahren noch operativer Methoden eine sehr gute Evidenzlage, also eine empirisch nachgewiesene Wirksamkeit. Mittel- und langfristige Ergebnisse differieren häufig wenig. Es geht aber auch weniger um ein „entweder oder“, sondern vielmehr um einen sinnvollen Algorithmus, eine individuelle Problemlösung der Behandlung mit Einbeziehung der Patienten.

Die konservative Therapie wird mit Ausnahme von Notfallsituationen (i. d. R. gravierende neurologische Ausfälle mit querschnittartigen Symptomen und erheblichen Lähmungen) immer am Anfang der Behandlung degenerativer Erkrankungen an der Wirbelsäule stehen. Man erreicht damit gute Ergebnisse. Dennoch muss man auch Möglichkeiten und Grenzen nicht-operativer Verfahren erkennen und respektieren. Inzwischen ist die Verunsicherung von Patienten im Hinblick auf operative Verfahren aufgrund der allgemeinen Diskussion in den Medien hinsichtlich der Operationshäufigkeit so groß, dass auch sinnvolle und indizierte Operationen verweigert werden.