

REZEPTFREI – Die UKJ-Erklärsprechstunde

Folge 8 – Das Kreuz mit dem Kreuz

Vorspann mit Hintergrundmusik

DR. JOSEPHINE KÜHNEMUND: Wie Sie es schon richtig gesagt haben, sind Rückenschmerzen was, was im Leben fast jeden irgendwann trifft.

DR. STEFFEN DERLIEN: Dieser Spruch, ein starker Rücken kennt keinen Schmerz, auch nicht stimmt. Es gibt viele Menschen, denen man die starke Rückenmuskulatur nicht absprechen kann und trotzdem haben sie Rückenschmerzen.

DR. JOSEPHINE KÜHNEMUND: Wenn man einen bewegten, gesunden Alltag hat, kann man schon sehr viel tun.

MODERATORIN: Hallo und herzlich willkommen zu unserem UKJ-Podcast. Heute beschäftigen wir uns mit dem Thema Rücken. Rückenschmerzen kennen die meisten von uns in irgendeiner Form und die Thüringer scheinen davon besonders geplagt zu sein, denn jede und jeder Dritte war deswegen schon mal in medizinischer Behandlung. Woher Rückenschmerzen kommen können, was Warnsignale sind und was wir für unsere Rückengesundheit Gutes tun können, darüber sprechen wir heute mit unseren beiden Experten aus dem Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin. Oberärztin Dr. Josephine Kühnemund, hallo.

DR. JOSEPHINE KÜHNEMUND: Hallo.

MODERATORIN: Und Sportwissenschaftler Dr. Steffen Derlien, hallo.

DR. STEFFEN DERLIEN: Hallo.

MODERATORIN: Schön, dass Sie da sind. Wir sprechen ja von Rückenschmerz, aber den Rückenschmerz gibt es ja gar nicht. Was gibt es denn für Formen von Rückenschmerzen und was ist so die häufigste Schmerzursache?

DR. JOSEPHINE KÜHNEMUND: Prinzipiell, wie Sie es schon richtig gesagt haben, sind Rückenschmerzen etwas, was im Leben fast jeden irgendwann trifft. Seit Jahren führt der Rückenschmerz, was die Arbeitsunfähigkeit angeht, die Statistiken an, aber schlussendlich schaut man sich dann mal die Todesursachenstatistik an, taucht der Rückenschmerz da nicht auf. Das heißt, man muss ein bisschen differenzieren. Zum einen ist es jetzt ein gefährlicher Rückenschmerz oder ist es ein Rückenschmerz, der eben so aufgrund von muskulären Beschwerden oder aufgrund von degenerativem, also im umgangssprachlichen Verschleiß im Bereich der Wirbelsäule mal auftritt. Ist es also was Akutes, ist es was Chronisches, reden wir von einem spezifischen Rückenschmerz, also der eine Ursache hat oder, wie man häufig sagt, unspezifischen Rückenschmerz, der vielleicht aus mehreren Komponenten zusammengesetzt ist. Das wären so die wichtigsten Unterscheidungen, die wir als Mediziner da erstmal so treffen müssen.

DR. STEFFEN DERLIEN: Also vielleicht zu dem Thema noch Lebenszeitprävalenz. Das heißt, über die Lebensspanne betroffen sind es ungefähr 82 Prozent aller Menschen, die mal an Rückenschmerz leiden. Insofern ist das ein nicht ungewöhnliches Phänomen.

MODERATORIN: Und kommt Rückenschmerz dann eher aus dem oberen Teil der Wirbelsäule oder aus dem unteren Teil der Wirbelsäule? Kann man das sagen, wo es häufig herkommt?

DR. JOSEPHINE KÜHNEMUND: Das kann man so genau nicht sagen. Wir sehen natürlich Patienten mit Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule, des Schulternackensbereichs, aber

auch Patienten häufig im Bereich der Lendenwirbelsäule. Das kommt ein bisschen auch darauf an, wie ist die Haltung desjenigen, welchen Beruf übt derjenige aus, hat der vielleicht Zwangshaltung. Ja, das ist ganz unterschiedlich. Natürlich ist die Lendenwirbelsäule der Bereich, der jetzt statisch sehr stark belastet ist, sodass man dort häufiger auch mal über Bandscheibenvorfälle oder Ähnliches mit Symptomen stolpert. Aber der Bereich der Halswirbelsäule durch PC-Tätigkeit, durch sehr viel sitzende Tätigkeit ist nicht minder häufig im Schmerz.

DR. STEFFEN DERLIEN: Wir gehen ja in unserer Idee von Rücken und Rückenschmerz eher von einem System aus. Wir sagen ja auch nicht mehr Bewegungsapparat, sondern es ist ein Bewegungssystem. Und wenn man es systemisch sieht, glaube ich, ist manchmal auch nur der fragile Teil eines jeden Menschen derjenige, der sich meldet. Ob da die wirkliche Ursache liegt, wissen wir in dem Moment nicht. Es liegt viel an Haltung und wie du schon gesagt hast, PC-Tätigkeit neigt eher dazu, dass die Halswirbelsäule plötzlich sich meldet und sagt, hier passt was nicht an deiner Haltung. In anderen Berufen, viel stehen zum Beispiel, könnte es auch die Lendenwirbelsäule sein, die dann sagt, hallo, ich bin gerade an der Dekompensation, hilf mir.

MODERATORIN: Also spielen auch Stress und psychische Faktoren eine Rolle bei Rückenschmerzen?

DR. JOSEPHINE KÜHNEMUND: Also man muss einfach nochmal vielleicht nochmal ein bisschen klarer unterscheiden. Es gibt natürlich Dinge, bei denen sollte man auf jeden Fall einen Arzt aufsuchen. Wir nennen das im medizinischen Umgangssprache immer Red Flags, also rote Flaggen. Das heißt, wenn ich Symptome davon habe, dann sollte ich dringend irgendwo einen Arzt aufsuchen und gucken, wohin da diese Ursache ist. Das sind zum Beispiel solche Dinge wie Taubheitsgefühl, plötzliche Lähmungserscheinungen, Schwierigkeiten beim Stuhlgang oder Wasserlassen. Das sind immer Dinge, die vielleicht auch nochmal eine sogenannte Strukturdiagnostik erfordern, also eine Diagnostik mittels MRT oder Röntgen oder andere Dinge. Andere Formen vom Rückenschmerz, die wir so als unspezifisch bezeichnen, die also vielleicht eine Summe von diesen Sachen sind, die der Herr Derlien hat schon genannt hat, also dass man sagt, hier ist einfach ein System ständig unter Überlastung, ist vielleicht nicht stabil genug, um dieser Belastung entgegenzuwirken und ich habe dann erstmal ein funktionelles Problem, also spricht, meine Muskulatur meldet sich, die kleinen Gelenke melden sich vielleicht. Und wenn dieses funktionelle Problem lange bestehen bleibt, entwickelt sich daraus dann auch ein Strukturproblem, also dass ich zum Beispiel Arthrose in dem Bereich bekomme oder ähnliches. Und dann gibt es Risikofaktoren, die, wenn dieser Schmerz häufiger auftritt und man tut dann nichts dagegen, dann auch zu Chronifizierung führen können. Also sprich, wir sprechen immer von einem chronischen Rückenschmerz, wenn der länger als drei Monate besteht, aber auch chronisch rezipierende Rückenschmerzen. Also ich habe immer mal zwei Wochen, wo ich einen Rückenschmerz habe, dann geht es mal wieder eine Weile, dann taucht der wieder auf. Das sind alles so Dinge, da spielen dann natürlich psychische Faktoren eine Rolle, wie ist die Muskelspannung vielleicht auch hochgefahren aufgrund von psychischer Anspannung. Es spielen Dinge wie muskuläre Fitness, sag ich jetzt mal in Umgangssprache, das wird sich ja Herr Derlien dann nochmal ein bisschen besser ausführen, eine Rolle und natürlich auch andere Risikofaktoren, wenn ich auf der Arbeit einen Konflikt habe oder ähnliches. Und ich habe durch die Ausfallzeiten vielleicht auch, spüre ich dort eine Entlastung, dann muss das manchmal noch nicht mal mir bewusst sein und trotzdem kann es dazu führen, dass dieser Schmerz sich chronifizieren kann.

DR. STEFFEN DERLIEN: Ja, da gebe ich dir irgendwie vollkommen recht. Natürlich hängt es ein bisschen an der körperlichen Konstitution. Wir wissen natürlich auch seit vielen Jahren, dass dieser Spruch, ein starker Rücken kennt keinen Schmerz, auch nicht stimmt. Es gibt viele Menschen, denen wir die starke Rückenmuskulatur nicht absprechen können und trotzdem haben sie Rückenschmerz. Und letzten Endes, so ein Schmerz, wenn er akut ist, hat ja auch eine Funktion und die darf man nicht übersehen und der muss man auch nachgehen, dieser Funktion oder warum der Schmerz da kommt. Aber wie du schon sagtest, wenn es dann in Richtung chronisch geht, dann muss man halt gucken, was sind vielleicht auch begleitende Faktoren, die den ganzen Rückenschmerz aufrechterhalten oder manchmal kann man auch sagen, welche Funktion neben dem Schmerz hat denn der Schmerz noch. Also wo hat der Patient vielleicht noch

eine Ressource oder einen Bedarf an mal hinschauen.

DR. JOSEPHINE KÜHNEMUND: Ja genau, schlussendlich ist ja der Schmerz erst mal ein Warnsymptom. Also ich will mich nicht verletzen, wenn ich auf die heiße Herdplatte fasse, muss ich Schmerz wahrnehmen. Aber dieses Alarmsymptom verliert er eben im Verlauf, wenn er sich chronifiziert. Und dann sehen wir das auch noch mal als eigenständiges Krankheitsbild, wo sicher auch strukturelle Befunde eine Rolle spielen. Aber der hat sich dann so verselbstständigt, der Schmerz, dass man eben mit einer reinen Unimodal-, also mit einer Behandlungsmöglichkeit Therapie dort gar nicht vorankommt und den Schmerz gar nicht mehr ausreichend behandeln kann. Hat ein Patient einen akuten Rückenschmerz ohne diese Red Flags, die wir vorhin genannt haben, ist es ganz oft ausreichend, der bewegt sich weiter, nimmt auch mal über ein paar Tage eine Schmerzmedikation ein, dann regelt sich das System in der Regel selbst, dann braucht man gar nicht immer irgendeine Therapie aus dem Bereich der Physiotherapie zum Beispiel. Ist es ein bisschen hartnäckiger, ist es sicher sinnvoll und viele Patienten kommen aber dann immer wieder und erleben natürlich eine Beschwerdelinderung durch passive Therapien wie eine Massage oder eine manuelle Therapie. Und das macht auch kurzfristig sicher Sinn, um den Schmerz erstmal wieder zu beseitigen für den Moment. Aber dann muss demjenigen auch bewusst sein, dass der Körper das Signalschmerz ja gesendet hat, weil irgendwo das System nicht stimmt. Und dann kommen wir halt dazu, dass man sagt, man muss zum Beispiel über eine Krankengymnastik oder eine Krankengymnastik am Gerät bestimmte Muskelgruppen stabilisieren, kräftigen, um dieser Belastung auch entgegenzutreten. Und schlussendlich braucht der Patient dann einen bewegten Alltag, wo er das dann auch fortführt. Auch eine Therapieserie Krankengymnastik oder Krankengymnastik am Gerät wird auf Dauer nicht die Lösung des Problems sein, sondern dann muss man auch im Alltag Veränderungen schaffen und das ist natürlich sehr schwierig für die Patienten auch. Und da versuchen wir immer, ja, möglichst eine gute Handreichung zu geben, damit die das schaffen und eben der chronische Schmerz gar nicht erst entsteht.

DR. STEFFEN DERLIEN: Ich komme ja noch aus Zeiten, oder ich habe gelernt, in Zeiten, wo Rückenschmerzpatienten für 14 Tage erst mal krankgeschrieben worden sind und hingelegt und bloß nicht bewegen. Und laut Leitlinie ist ja das etwas, was man heutzutage gar nicht mehr macht, weil man erkannt hat, und das kann man auch gut belegen, dass Inbewegungbleiben ein probates Mittel ist, um langfristig aus diesem Schmerzgeschehen rauszukommen. Da sind wir auch ganz froh, dass das auch bei unseren Patienten, habe ich den Eindruck, häufig jetzt sich auch durchsetzt, auch natürlich durch populäre Medien und, und, und, dass man in Bewegung bleibt. Was ja sozusagen unser Hauptanliegen ist, Patienten weiter zu bewegen.

MODERATORIN: Was empfehlen Sie dafür zu Hause für Übungen oder für Bewegungen im Alltag?

DR. STEFFEN DERLIEN: Also, ja, jetzt könnte ich mich retten und sagen, ja, pauschal kann man das nicht sagen, wir müssen den Patienten immer sehen. Das stimmt. Fakt ist, dass wir immer empfehlen, eine normale Bewegung weiter zu machen, gehen. Wir sagen manchmal, versuchen Sie mehr Wege, ganz normales Gehen. Der Mensch geht seit vielen, vielen Jahrhunderten, Jahrtausenden, und das ist einfach eine gute Möglichkeit, in Bewegung zu bleiben. Wie du schon gesagt hast vorhin, Schmerzmittel helfen vielleicht, diesen akuten Schmerz erstmal wegzutun und in Bewegung zu bleiben. Also sprich, nicht auf die Couch setzen, sondern vielleicht dosiert seiner Tätigkeit nachzugehen. Wenn es dann spezifischer wird, schauen wir ganz häufig danach, wo sind Ressourcen beim Patienten, was hat er für einen Alltag, hat er eine sitzende Tätigkeit, dann kennen wir so ein paar Kennmuskeln, die abschwächen, ein paar Kennmuskeln, die eher zum Hypotonus, also zum hohen Tonus neigen, und können da gezielt ein paar Übungen geben, wie man bestimmte Muskeln wieder kräftigt oder bestimmte Muskeln detonisiert. Für uns, von unserer Idee her, wie man mit Patienten umgeht, ist es so, dass wir sagen, wir möchten gerne einen balancierten Körper haben, also wir möchten gerne ein Körpergefühl entwickeln, wir möchten gerne mit den Patienten erstmal eine aufrechte Sitzhaltung, eine aufrechte Stehhaltung erarbeiten, um dann zu gucken, wie ruckelt sich das System, was wir ja vorhin schon gesagt haben, wohin ruckelt das System dann? Das wäre für uns ganz wichtig.

MODERATORIN: Das heißt, da braucht es aber auch Unterstützung erstmal von Experten, weil man kann auch seinem Rücken was Schlechtes tun, obwohl man es gut gemeint hat?

DR. JOSEPHINE KÜHNEMUND: Ich glaube, man muss sich so ein bisschen von diesem Krankheitsbegriff vielleicht in dem Zusammenhang auch verabschieden. Du hattest das Stichwort Körpergefühl gegeben. Das geht immer mehr verloren. Dass man auch mal einschätzen kann, ist es zum Beispiel mal ein Muskelkater oder ist das jetzt ein schlimmer Schmerz? Auch das Gefühl, ich muss immer auf meine Smartwatch gucken, ob ich jetzt 10.000 Schritte gemacht habe. Natürlich kann das einige Patienten gut unterstützen, um einfach zu überprüfen, war ich denn jetzt schon in Bewegung? Aber sich nur auf diese Zahl zu verlassen, das führt halt dazu, dass man immer weniger wahrnimmt, wann gibt mir mein Körper vielleicht auch das Signal, jetzt wäre es aber gut, wenn du mal aufstehen würdest oder heute war es aber zu wenig. Spannungskopfschmerz ist das nächste Thema. Auch das ist oft verbunden mit Schmerzen im Schulter-Nacken-Bereich, die sich dann praktisch über den Kopf ausstrahlen. Die Patienten wissen im Prinzip ja viele Dinge, wenn sie denn ein gutes Körpergefühl haben. Die merken eigentlich, was ihnen dann nicht gut tut. Und ja, manchmal braucht es die Anleitung und gerade weil auch dieses mechanistische Denken, jeder Patient ist gleich und braucht damit auch dasselbe, auch das ist was, was ja im Alltag nicht so ist. Wir werden alle unterschiedlich geboren und bringen alle unterschiedliche Dinge mit. Und ich sehe manchmal Bodybuilder mit Rückenschmerzen. Natürlich kann man durch ein exzessives Training nur bestimmter Muskelgruppen unter Vernachlässigung anderer auch einen Rückenschmerz provozieren. Ich sehe aber auch ganz dünne, schlaksige Menschen, wo man das Gefühl hat, wo ist da überhaupt Muskulatur? Auch die können Rückenschmerz haben. Dasselbe ist, soll ich mal das Stichwort Yoga geben? Ich glaube, dann wird mein Kollege hier gleich. Es gibt Leute, die sind so rigide, also steif, die können sich kaum bewegen. Für die ist Yoga bestimmt eine gute Möglichkeit, auch mal in eine Dehnung zu kommen. Es gibt aber auch Menschen, wenn da der Yoga-Instructor nicht gut guckt, dann haben die das, was die eh schon an Überbeweglichkeit in bestimmten Bereichen haben, forcieren die noch mehr und bekommen daraus dann Beschwerden. Also so ganz pauschal ist es nicht zu sagen. Ich bin aber auch dagegen zu sagen, jeder braucht unbedingt einen Arzt oder einen Therapeuten, der das anleiten muss. Sondern wenn man einen bewegten, gesunden Alltag hat, kann man schon sehr viel tun. Und da sollte man sich auch wieder rantrauen und diese Bewegungsängste vielleicht vermeiden und dann so ein bisschen auf sich selber hören.

DR. STEFFEN DERLIEN: Also ich glaube, ich persönlich finde nichts dagegen, wenn man den Weg zu einem Fachmann macht. Wir bei uns praktizieren das ja wirklich so eher Hilfe zur Selbsthilfe. Wir versuchen die Patienten nicht an uns personell zu binden und nur was ich sage ist dann super gut, sondern die Patienten kommen selber mit Ideen. Wir versuchen diese Ideen zu modifizieren und zu sagen, ja gucken Sie mal mehr hierhin oder schauen Sie mal mehr dahin oder passen Sie bei der Bewegung gut auf und dann sind wir auch froh, wenn wir die dann nicht wiedersehen, weil wenn wir sie nicht wiedersehen, haben sie halt auch keinen Schmerz mehr und das ist ja auch gut. Wir sind eher so in der Richtung, den Arbeitsalltag nochmal mit den Patienten zu durchleuchten und da Möglichkeiten zu finden, in Bewegung zu kommen bzw. besprechen wir auch viel mit Patienten so Bewegungsbarrieren. Wo liegt es denn dran, dass sie heute mal nicht so in Bewegung gekommen sind? Ich kenne auch Zeiten, wo Sekretärin auf dem Bildschirm alle Stunde „So jetzt stehen Sie auf und machen eine Übung“, Was hat man dann gemacht? Man hat diese Meldung einfach weggeklickt und hat sich nicht auf sein eigenes Körpergefühl mehr verlassen, das ist was du vorhin gesagt hast. Wo ich denke, ja dieses Smartwatch, die alle halbe Stunde vibriert und sagt, jetzt bewegt dich mehr, hindert eigentlich eher dran, dass ich selber mal mitkriege, muss ich jetzt die Bewegung haben oder kann ich vielleicht auch noch eine Viertelstunde warten und gehe dann erst in Bewegung. Das finde ich, ist ein ganz wichtiges Thema, dieses Selbstmanagement.

DR. JOSEPHINE KÜHNEMUND: Ich will das nicht verteufeln, es gibt vielen auch mal einen Einstieg erstmal, weil die sich eben besser auf Zahlen und Tabellen verlassen können und vielleicht dieses Körpergefühl erst zurückgewinnen, von daher man kann das auch da nicht pauschal verteufeln und ich finde auch, wenn ein Rückenschmerz häufiger aufgetreten ist und ich kriege das nicht selber im Griff, ist es völlig legitim und auch eigentlich sehr gut in der Selbstfürsorge zu sagen, ich gehe jetzt aber zu einem Fachmann, dafür sind wir ja auch ärztlich da, gibt verschiedene Möglichkeiten, wie man auch unabhängig jetzt von der Bewegung sich auch noch selbst helfen kann, das versuchen wir auch immer zu vermitteln. Wir kennen Dinge wie Akkupressurmatten zum Beispiel, die stellen wir häufig den Patienten vor, wir erklären dann auch

was dazu, auch da gibt es Ängste in der Nutzung, kann ich was falsch machen, mache ich das richtig? Auch andere nicht medikamentöse Verfahren, es gibt so kleine Tensgeräte, die sind für sehr viele Patienten, aber eben auch nicht für alle gut geeignet. Es gibt Faszienrollen, Schröpfgläser und ganz vieles aus dem Bereich, das machen viele Patienten schon gefühlt selber intuitiv, da wird die Wärmflasche genutzt oder vielen tut aber auch Kälte sehr gut, da trauen sie sich manchmal gar nicht so ran und dazu kann man sich auf jeden Fall mal beraten lassen. Es darf halt nur nicht die Idee entstehen, ich kann passiv alles immer wieder wegtherapieren, weil das ist immer nur eine Symptombearbeitung und das versuchen wir schon auch unseren Patienten mitzugeben. Es gibt Lebenssituationen, da ist es manchmal nicht so einfach, aber dann muss es auch klar sein, wir behandeln jetzt die Symptommuskelverspannung, aber langfristig ist es keine Lösung immer nur die Symptommuskelverspannung zum Beispiel zu behandeln.

DR. STEFFEN DERLIEN: Da hast du ja vorhin das gute Stichwort gegeben, Unimodal. Wir versuchen natürlich erstmal mit kleinen unimodalen Sachen ranzugehen, aber wenn wir merken, da ist ein komplexes Geschehen noch dahinter, dann haben wir auch Möglichkeiten in eine multimodale Therapie zu überführen, sprich in Kooperation mit unserer Schmerztagesklinik.

DR. JOSEPHINE KÜHNEMUND: Genau, also beim chronischen Schmerz ist das auch total sinnvoll. Wir haben gerade besprochen, was es alles für Faktoren gibt, die auch zu so einer Chronifizierung führen und wie soll ich das Problem behandeln, wenn ich sage, es gibt so viele Faktoren und jetzt gehe ich aber nur mit, ich will den Nagel in die Wand schlagen, mache ich mit der Zange, das wird nichts. Oder ich will ein komplexes Problem lösen, dann brauche ich eben mehrere Werkzeuge. Von daher ist es dann immer gut, mehrere Fachdisziplinen beieinander zu haben.

MODERATORIN: Vielleicht wollen wir auch noch ein bisschen auf das Institut hier eingehen. Welche Therapiemöglichkeiten gibt es hier konkret? Was können wir den Patienten hier anbieten?

DR. JOSEPHINE KÜHNEMUND: Also schlussendlich haben wir erst mal eine ärztliche Sprechstunde. Darüber kann man dann auch eben genau diese Auswahl, wo wir gerade besprochen haben, ist es jetzt wirklich was, wo man Diagnostik braucht? Ist es was, was jetzt einfach akut mal über drei Tage auch schnell zu lösen ist? Ist es was, was immer wiederkommt? Liegt es vielleicht an der Arbeitshaltung? Kann ich da was verbessern? Also das sind alles Dinge, die kann man erst mal hier besprechen und auch erst mal auseinanderklamüsern, wenn ich es so sagen will. Man sagt, okay, die Patienten sind manchmal fünfmal, haben die in MRT derselben Region, wo ich mich dann manchmal frage, sollte das jetzt therapeutische Form haben? Wenn man dann fragt, wer hat das mit ihnen ausgewertet, kommt erschreckenderweise manchmal. Ja niemand. Aber warum mache ich denn eine Diagnostik? Und ich glaube, da ist es für viele Patienten auch schwer, das zu unterscheiden. Ist das jetzt was Gefährliches? Weil jetzt habe ich fünfmal in MRT der Region gekriegt. Geholfen ist dem Patienten damit trotzdem nicht. Und deswegen muss man da in der Sprechstunde immer gut schauen. Das ist auch was, was ich manchmal erlebe. Wir haben ja jetzt auch andere Risikofaktoren, Rauchen, Übergewicht. Welchen übergewichtigen Menschen nützt es jetzt, wenn irgendwann ein Arzt zu ihm sagt, ja, sie haben Rückenschmerzen oder Knieschmerzen, sie müssen erst mal 20 Kilo abnehmen? Sehr viele übergewichtige Menschen würden das tun, wenn sie es denn könnten. Und auch da finde ich es halt wichtig, einen Zugang zu schaffen. Es ist nicht nur das Problem zu erkennen, sondern eine Handreichung zu geben, zu sagen, okay, wie geht man das Problem jetzt an? Und damit haben wir natürlich die Möglichkeit, hier über verschiedene physiotherapeutische Maßnahmen, sei es jetzt bei dem akuten Fall mal die klassische manuelle Therapie oder bei eher muskulären Dingen auch mal eine klassische Massage, Elektrotherapie, Wärme-Kälte-Therapie, aber dann auch eben über die trainingstherapeutischen Dinge wie Krankengymnastik, Krankengymnastik am Gerät, eine Prävention fürs Wiederauftreten zu schaffen und auch eine Behandlung in dem Moment. Das sind erst mal die Möglichkeiten, die wir jetzt rein unser Institut betreffend haben. Aber wir haben auch viele interdisziplinäre Kooperationen. Klar, beim Rückenschmerz ist es häufig die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie hier am Haus, wo auch wirklich diese Konzepte sehr gut integriert sind. Da sind aber eben auch noch psychologische Kollegen und schmerztherapeutische Kollegen dabei. Es gibt viele Edukationen, also Dinge, wo die Menschen auch mal was über den Schmerz lernen und entsprechend dann auch selber ihren Schmerz besser einordnen können. Wir haben

Kooperationen mit dem Kopfschmerzzentrum. Da gibt es viele Möglichkeiten. Schlussendlich betreuen wir auch alle Stationen hier im Haus, konsiliarisch, ärztlich sowie dann auch therapeutisch über die Physiotherapeuten hier im Haus, sodass wir auch da eingebunden sind, wenn ein Schmerz auftaucht, der vielleicht mit der primären Erkrankung auf den ersten Blick nichts zu tun hat oder wenn die Patienten wieder in Bewegung kommen müssen nach Operationen bei Erkrankung. Da gibt es ganz viele Dinge, die da therapeutisch eine Rolle spielen und auch für das Outcome der Patienten. Also wir sagen immer, wie übersteht der Patient eine Erkrankung, wie schnell ist er wieder auf dem Bein, wie schnell ist er wieder aus dem Krankenhaus raus. Und da spielen eben diese therapeutischen Dinge eine ganz große Rolle.

DR. STEFFEN DERLIEN: Ich würde dazu sogar noch ergänzen, so wie ich das in den letzten vielen Jahren wahrnehme, dass wir nicht so der Manager von bestimmten Sachen sind, aber bei uns laufen viele Fäden dann zusammen. Und das, was du vorhin gesagt hast, warum denn noch ein MRT, und wenn eins vorliegt und wenn das noch nicht so alt ist und wir strukturell da gar keine Vermutung haben, haben wir, glaube ich, den guten Überblick, sagen, jetzt versuchen wir, in der Richtung nochmal zu denken und in der. Und durch die vielen Kooperationen hätten wir auch die Anschlusswege schon gebahnt. Und das, finde ich, ist der große Benefit für Patienten bei uns am Institut, dass wir so ein bisschen den Überblick und ein bisschen auch über unseren Tellerrand oft darüber wegdenken.

DR. JOSEPHINE KÜHNEMUND: Ja, schlussendlich ist es ja auch so, dass ein Rückenschmerz gar nicht zwangsläufig nur ein muskuloskeletales Problem ist, sondern es gibt ja auch Rückenschmerzen, die durchaus aufgrund anderer Erkrankungen auftreten können. Also wir sagen dann, es gibt eine segmentale Zuordnung, sprich die Wirbelsäule ist ja in einzelne Bereiche untergliedert und auch innere Organe können einen Einfluss auf einen Rückenschmerz haben. Also wenn sie eine Entzündung der Bauchspeicheldrüse haben, gibt es zum Beispiel einen gürtelförmigen Rückenschmerz. Viele Patienten kennen es klassisch von einem Herzinfarkt, der auch in den Rücken und den Armen ausstrahlen kann. Das ist jetzt das Akutbeispiel. Da werden schon viele wach, aber auch bei viel Stress. Jemand kriegt eine chronische Entzündung der Magenschleimhaut, dann ist vielen gar nicht bewusst, dass es auch einen Rückenschmerz machen kann. Oder jemand hat chronische Verstopfung. Auch das kann einen Schmerz in der Lendenwirbelsäule machen. Und ja, ich glaube, solche Dinge sind vielleicht noch mal die Besonderheit unseres Fachgebiets, dass wir sagen, wir sehen einen Menschen und wir behandeln auch einen Menschen und nicht eine Erkrankung. Das gehört sicher dazu. Und da würde ich mir, es gibt sehr viele supergute Hausärzte, die die Fäden, wie du es nanntest, jetzt auch zusammenführen, die ihre Patienten zu verschiedenen Fachärzten schicken und dann aber auch die Befunde sammeln und einordnen. Es gibt aber leider auch viele Patienten, die da weniger engmaschig betreut sind, sei es jetzt durch den Hausarzt oder sei es halt, weil sie einfach nirgendwo hingehen. Und dann, glaube ich, ergeben sich so Situationen, wo es wirklich für die Patienten besser laufen könnte. Und Krankenakten, die gefüllt sind mit sehr vielen Details, wo aber einfach der Blick auf das große Ganze fehlt.

DR. STEFFEN DERLIEN: Ja, erlebe ich auch so. Vielleicht ist es noch mal ganz interessant für den einen oder anderen Zuhörer, welche Sportarten wir zum Beispiel empfehlen würden, welche Bewegungsmöglichkeiten richtig sind, welche nicht. Per se kann man sagen, so zyklische Sportarten wie Gehen, Laufen, schnelles Walken oder vielleicht auch Nordic Walking sind durchaus zu empfehlen. Ich persönlich, meine Meinung ist, dass alle Spielsportarten in der akuten Phase oder in dieser von uns betreuten Phase eher abzuraten sind, weil beim Spielsport steht immer sozusagen das Tor oder der Treffer oder was auch immer im Vordergrund. Und da fehlt wieder sozusagen dieses Quäntchen. Ich gucke immer auf meinen Körper und gehe dem Ball wirklich noch schnell hinterher und krätsch vielleicht sogar noch und kann danach kaum noch aufstehen, weil mein Rücken wieder so weh tut. Ja, das kenne ich vom eigenen Leib. Insofern gibt es da so Sachen, wo ich denke, ja, vielleicht erst mal in eine zyklische Bewegung kommen, die man gut überschauen kann, wo man Zeit hat, wo keine Hektik herrscht. Es gibt Yoga-Formen, die durchaus zu empfehlen sind und es gibt Yoga-Formen, wie du es vorhin schon gesagt hast, die mich genau in dem Muster halten, in dem ich bin, in dem ich Power, Power, Power. Das ist auch, da muss man genau gucken, was passt für den Patienten. Da würden wir den Patienten auch beraten im Sinne von Angebote, externe Angebote suchen, wo man vielleicht nochmal einen

neuen Einblick kriegt. Wir sagen immer so, warum soll ich das Feld, was ich eh schon 5-6 Mal die Woche beacker, warum soll ich das noch ein 7. Mal beackern? Das ergibt vielleicht keinen Sinn. Und wenn jemand schon 5 Mal in der Woche Sport macht, sage ich mal ganz böse, dann ist vielleicht auch explosives Malen für ihn mal eine Möglichkeit, wo man, naja, wir denken ja auch über den Tellerrand, warum soll ich ihm einen 7. Tag Sport empfehlen, wenn er sowieso schon 5 macht. Dann sind vielleicht andere Sachen gerade aktuell, die ihm guttun würden.

DR. JOSEPHINE KÜHNEMUND: Ja, also es ist ja so, wir haben durchaus Patienten, die gehen immer über ihre Leistungsgrenzen und generieren daraus auch irgendwo den Schmerz. Aber natürlich gibt es auch die Patienten, die riesige Bewegungsängste entwickeln, Angst haben. Der Schmerz wird dadurch größer und schlussendlich sich immer mehr auch sozial zurückziehen, weil sie sich viele Sachen auch nicht mehr zutrauen. Und genau das, was gerade gesagt wurde, den Einstieg erstmal dahin geben, das sollte man bei den Patienten sicher unter therapeutischer Anleitung, um auch dieses Sicherheitsgefühl zu vermitteln. Schlussendlich mit den Sportsportarten bin ich immer so ein bisschen zweigeteilter Meinung, weil der Herr Delien hat recht, immer wenn es um Leistungsanspruch geht, vergessen die Leute gern mal ihre Gebrechen, sag ich jetzt mal, also als Oberbegriff.

DR. STEFFEN DERLIEN: Und die Gewohnheiten, die guten.

DR. JOSEPHINE KÜHNEMUND: Ja, also alles irgendwie, wo sie eigentlich im Alltag Vermeidung zeigen, weil sie wissen, oh darunter habe ich eine Schmerzzunahme, wird dann plötzlich ganz anders gemacht. Ich sage Ihnen auch, Sportverletzungen, was so im Breitensport manchmal an, wie hart es da manchmal zur Sache geht, obwohl es eigentlich ja nicht um eine Meisterschaft oder sonstiges geht, das ist schon manchmal extrem. Auf der anderen Seite bietet das den Spaßfaktor. Und wenn ich dann einmal sage, okay, der Patient hat jetzt wieder gelernt, seinen Körper kennenzulernen, dann kann es den Riesenvorteil bieten, dass der dann auch dranbleibt an der Bewegung. Denn im Fitnessstudio oder so diese Übungen zu Hause, das ist super gut, weil es jeder einfach jeden Abend fünf Minuten, und die hat tatsächlich eigentlich jeder machen könnte. Aber auf den zweiten Blick, wie viele Patienten schaffen das tatsächlich zu machen? Sehr wenige. Während wenn man eine Mannschaft hat, die warten auch auf einen, da kann man nicht einfach mal absagen. Man hat vielleicht Freude an der Bewegung. Deswegen, das muss man immer ein bisschen sehen und ein bisschen einschätzen. Und man sollte sich halt auch immer vor Augen führen, es geht hier um nichts, sondern es geht darum, sich regelmäßig zu bewegen, in einer Gruppe zu sein, wo man Freude dran hat. Ich glaube, das wäre so das Wichtigste.

DR. STEFFEN DERLIEN: Ja, aber weil du es so sagst, an dem Beispiel, wenn ich mit Patienten spreche, sage ich immer, warum sollen sie Sonntagmorgen joggen gehen und wie ein Ahnungsloser Fußgänger im Wald erschrecken, weil sie dampfen wie eine Lok und dann 14 Tage kaum noch sich bewegen können, weil sie Muskelkater haben. Und nach 14 Tagen sagt man sich, oh, jetzt gehe ich mal wieder joggen, weil Joggen ist ja so gut. Dann sage ich, lieber eine Gruppe finden, wo man zum Beispiel Nordic Walking machen kann, wo man vielleicht zweimal die Woche was macht, nicht diese Einschränkungen hat mit Muskelkater, drei Tage Treppe rückwärts runterlaufen, sondern Spaß an der Freude, an der Gemeinschaft. Und dann darf man auch das Elektrolytgetränk nach der sportlichen Belastung gerne mit subsummieren, dass man sagt, wir haben da auch noch eine nette Gesprächsrunde danach, weil das ist nämlich genau die Freude, die das bringt, dass man das nächste Mal wieder geht. Ich habe extra Elektrolytgetränk gesagt, weil das ist ja Apfelsaftschorle auch.

DR. JOSEPHINE KÜHNEMUND: Ich habe nichts gesagt.

MODERATORIN: Aber das ist doch ein schönes Schlusswort, dass man einfach Spaß an der Bewegung irgendwie für sich findet und dadurch seinem Rücken was Gutes tut. Ich danke Ihnen. Wir sehen uns wieder.

Abspann mit Hintergrundmusik