

Der orthopädische Holzweg

Trotz Entdeckung der Higgs-Teilchen und der Marsmission gelten noch **90 Prozent der Rückenschmerzen** als nicht spezifisch

ECKERNFÖRDE Die Misere mit den lumbalen Rückenschmerzen ist weitläufig bekannt, sprich: die hohe Anzahl an Ereignissen, die daraus entstehenden Kosten und die oftmals vorhandene Behandlungssohnmacht. Leitlinien manifestieren mögliche Behandlungswege und richten sich nach Evidenzbasierter Medizin – die Verwaltung einer Volkskrankheit nach den Maßgaben jahrzehntelanger Forschung. Was kann das für eine Forschung sein, die in den letzten Jahrzehnten immer noch nicht klären konnte, woher die 90 Prozent nicht spezifischer Rückenschmerzen kommen?

Seit Waddell und Allan 1989* in ihren Untersuchungsergebnissen die dramatisch hohe Zahl an unspezifischen Ursachen von lumbalen Rückenschmerzen postuliert hatten, ist das Leben des Orthopäden einfach: Die circa 10 Prozent der restlichen Ursachen lumbaler Rückenschmerzen können schnell ausgeschlossen werden und am Ende bleiben die üblichen Empfehlungen, die nicht selten lauten: „Sie sind zu dick. Sie müssen mehr Sport treiben!“ Flankierend der Griff zum Rezeptblock mit Verordnung von NSAR und Krankengymnastik. Dass sich der konservativ tätige Orthopäde durch diese Art der verwaltenden Medizin zu einem „Einlagen“-Verordner degradiert, liegt auf der Hand. Die von mir oft wahrgenommene Resonanz der Hausärzte, „das können wir selber“, ist völlig verständlich. Wir überlassen es Medikamenten und Krankengymnasten, den Patienten zu bessern! Und wenn die es nicht schaffen, kommen neuerdings die „Zauberer“, die Osteopathen.

Ohne Zweifel: Die oben genannten Behandlungsmaßgaben haben alle ihre Berechtigung – auch ich habe eine osteopathische Ausbildung. Aber warum geben wir uns mit den 90 Prozent nicht spezifischen Rückenschmerzen zufrieden? Weil es das Leben so leicht macht? Seit meiner Niederlas-

sung 2007 ist mir durch die deutlich höhere Patientenzahl, die ich als konservativ tätiger Orthopäde im Vergleich zur Klinik gesehen habe, aufgefallen, dass segmentale Dysfunktionen die entscheidende Rolle in der Krankheitsursache darstellen.

Für die LWS: Von 1/2008 bis 6/2011 wurden alle Patienten, die mit der Dia-



Abb. 1: Typische Beckenverwringung mit Ileum anterior re. und Ileum posterior links.

gnose „Lumbaler Rückenschmerz (ICD 54.5)“ meine Praxis aufgesucht haben, in eine retrospektiv durchgeführte Untersuchung einbezogen. In der Auswertung fand ich in über 90 Prozent der Fälle segmentale Dysfunktionen, insbesondere im Beckenring, die als Ursache für das Leidenbild gefunden wurden. Abhängig von der Dauer des Leidens verursachen diese Dysfunktionen weitere Beschwerdekompexe.

Diese Ergebnisse, die ich beim hiesigen Orthopädenkongress vorstelle, habe ich schon in ähnlicher Form veröffentlicht. Ich bin mir bewusst, dass diese Zahl von über 90 Prozent im Vergleich zu bisher veröffentlichten Ergebnissen sehr unwahrscheinlich klingt. In der Regel ist die Reaktion der Zuhörer gleich, nämlich mit der Frage, ob all die Voruntersucher aus all den Ländern denn irren und nicht richtig untersuchen. Ein eigentlich unschlagbares Argument: Was seit Jahren Gültigkeit hat und aus aller Munde kommt, kann nicht falsch sein. Und dennoch finde ich jeden Tag immer wieder diese unwahrscheinlich hohe Zahl an Becken-

problemen durch SIG- Dysfunktionen. Es ist ja auch nichts neues, dass es „Blockierungen“ gibt mit „Beckenverwringungen“; diese Ausdrücke und Befunde sind jedem Manualtherapeuten bekannt, und dennoch stellt sich die Frage, warum wird es so selten diagnostiziert? Es ist eine Kleinigkeit, meine Ergebnisse zu reproduzieren; die Ergeb-

Probleme eine wesentliche Rolle spielen, kann für ein bestimmtes Patientenkollektiv Gültigkeit haben.

Aber wer bestimmt, was ein schwerer Schaden ist? Alles, was in einem bildgebenden Verfahren zu sehen ist, im Labor messbar und dazu noch ein klinisches Korrelat hat, darf ein schwerer Schaden sein? Was ist mit einem großen Bandscheibenvorfall, der kein klinisches Korrelat hat?

Um zu verstehen, warum eine „banale“ SIG-Blockierung auch ein schwerer Schaden sein kann, beziehungsweise werden kann, bedarf es zusätzlich der Information, dass die gefundenen Dysfunktionen bei über 95 Prozent der Patienten über Jahre bestehen. Sie führen zu der sogenannten Beckenverwringung, die in situ der Verkettung – rein mechanisch – zu Muskelungleichgewichten und Fehl-/Überbelastungen der Muskel-/Sehnenkomplexe führen. So findet sich zum Beispiel nahezu immer Verkürzun-

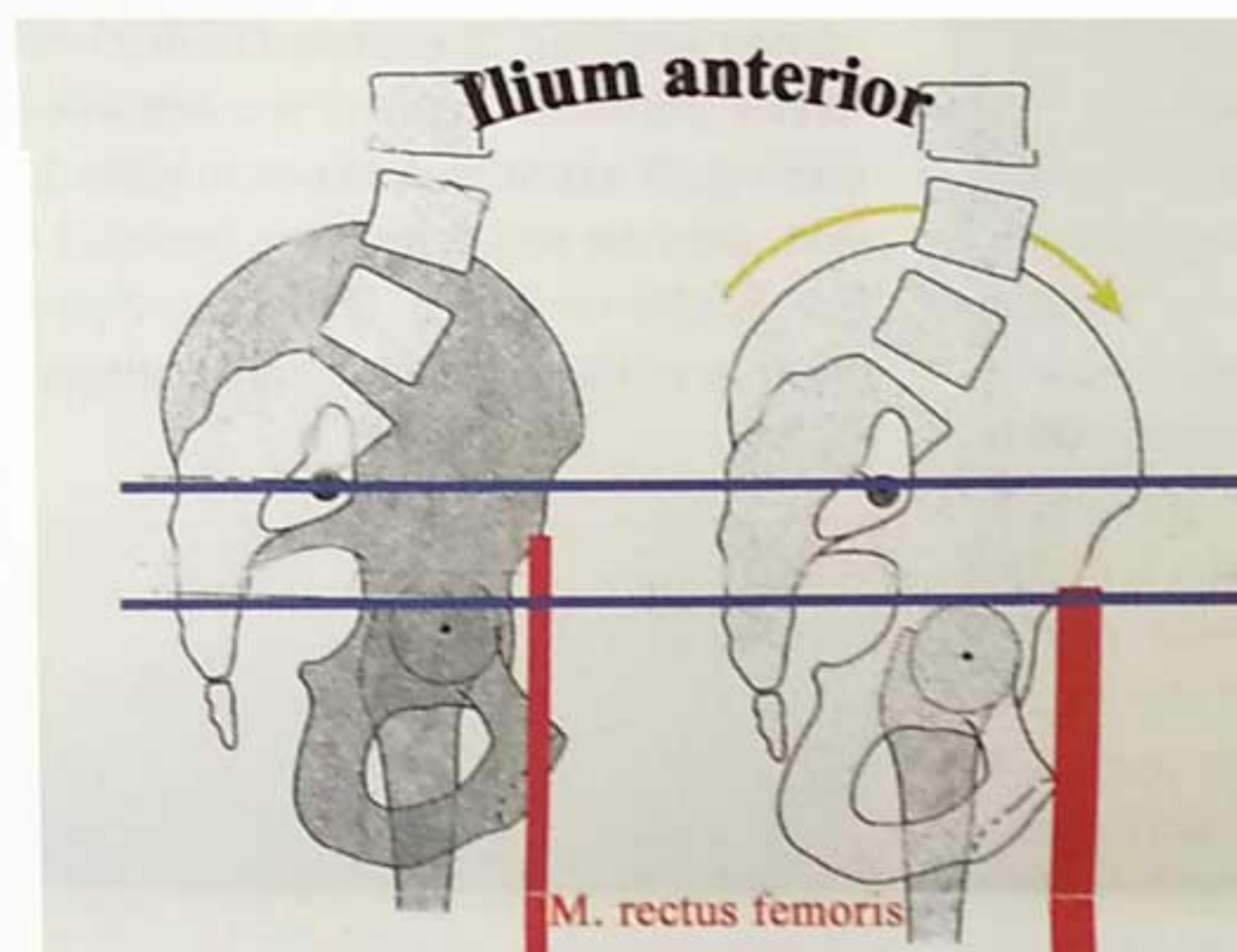


Abb. 2: Muskuläre Reaktion beim Ileum anterior am Beispiel des M. rectus femoris.

nisse meiner Untersuchung sind absolut valide und können jederzeit verifiziert werden!

Ein weiterer Irrglaube ist, dass eine Blockierung nichts schlimmes ist. Das Argument, das nicht spezifischer Rückenschmerz nicht bedeutet, dass diese Patienten „nichts“ haben, sondern dass sie keinen schweren Schaden haben und dass häufig psychosoziale

Probleme eine wesentliche Rolle spielen, kann für ein bestimmtes Patientenkollektiv Gültigkeit haben. Aber wer bestimmt, was ein schwerer Schaden ist? Alles, was in einem bildgebenden Verfahren zu sehen ist, im Labor messbar und dazu noch ein klinisches Korrelat hat, darf ein schwerer Schaden sein? Was ist mit einem großen Bandscheibenvorfall, der kein klinisches Korrelat hat?

ziehen, der einen „Tennisellenbogen“ oder einen „Fersensporn“ hatte. Durch die chronische Dysfunktion des Beckenringes kommt es zu Folgeproblemen mit asymmetrischer Belastung der Lendenwirbelsäule, die Bandscheiben überlastet, Facettengelenke fehlbelastet, was wiederum zur erhöhten Degeneration führt mit den bekannten Beschwerden.

Meine Untersuchungen zeigen, dass diese Probleme oft im Kindesalter, wenn nicht gar mit der Geburt beginnen. Hier muss mit der Therapie



Michael Köhler

begonnen werden, damit Dysfunktionen nicht zur Krankheit werden!

Dieser Vortrag soll aufmerksam machen auf ein eigentlich bekanntes Krankheitsbild, was zu wenig beachtet, zu gering bewertet und in der Chronizität völlig unterbewertet wird. Meine tagtägliche Arbeit besteht zu 98 Prozent aus Manueller Therapie! Damit behandle ich die „Krankmacher“ Nummer eins des Bewegungsapparates – die Blockierungen! ■

* Allan DB, Waddell G. Understanding and management of low back pain. Acta orthopaedica scandinavica 1989;60:1- 23

► Autor: Dr. med. Michael Köhler
Praxis Köhler
Kieler Str. 69, 24340 Eckernförde
E-Mail: praxis.koehler@gmail.com

► Mittwoch, 01.05.
Auditorium (UG)

8-10 Uhr