



Andreas Bättscher
beim Versuch,
3 unbewegliche
Hindernisse mit
einem Lobewedge zu
überwinden
(Praxispartner Michael
Hartmann, Psychologin
Silvia Hatebur Egli und
Aline Zünd, Leiterin des
Praxisteams).

**OH - SCHMERZ
LASS' NACH!**



Rückenprobleme – Schmerzkrankheit – ein komplexes Thema

«Du muasch halt besser trülla, Du Lappi!» So hiess es schon im zarten Alter von 18 Jahren, als ich in Lenzerheide meine erste Golfstunde beim alten Blaesi nahm (damals war er natürlich noch jung). Trotzdem wurde mir auf gut bündnerisch prophezeit, ich könnte dann dereinst einmal ein Handycap von 5 erreichen. Nun, auf diesen Tag warte ich leider immer noch sehnlichst. Aber eben: Mit Warten hat das halt wenig zu tun! Zwischendurch hiess es dann von anderer Seite: «You must nur the ball treffen». Und wieder war die Rotation um die eigene Achse gefragt, ohne die man grosse Chancen hat, schon vor dem Ballkontakt in den Boden zu schlagen.

Nun gut: Jahre und Jahrzehnte zogen ins Land (mit 18 beginnt ja schliesslich das richtige Leben, in meinem Fall Studium und Beruf), und aus den prophezeiten 5 wurden 16, Handycap meine ich. Dies befähigt mich die Differentialdiagnose zwischen gutem und schlechtem Golfschlag zu stellen: in der Regel ist der meiner Frau der bessere. «.. sie tuat halt besser trülla», so Blaesi junior lapidar.

Kleiner Einblick ins Schmerzgeschehen

Ja also, das ist so eine Sache mit der Rotation um die eigene Achse, und zwar weitgehend eine der Wirbelsäule. Vereinfacht ausgedrückt drehen Brust- und Halswirbelsäule jeweils zueinander gegenläufig bei Backswing und Swing, wobei das Becken mit der Brustwirbelsäule mitdreht. Folgt man den Anweisungen des Golflehrers und hält den Kopf stabil über dem Ball, dann erfolgt während eines vollständigen Golfschlags eine annähernd maximale Rotation in der Halswirbelsäule um 90 Grad in beide Richtungen. Die Hälfte dieser Drehungen erfolgt im atlanto-axialen Gelenk. Atlas und Axis, wie die ersten beiden Halswirbel genannt werden, kommen somit zu besonderen Ehren. Aber auch die Brustwirbelsäule macht eine annähernd maximale Rotation um 45 Grad mit, insbesondere beim Backswing (Abb. 1).



(Abb. 1)

Alle Verkrümmungen der Wirbelsäule (Beugung nach vorne, Aufrichten und Strecken nach hinten, Seitenneigung, sowie Drehung um die Achse) sind ab dem 2. Halswirbel Sache der kleinen Zwischenwirbelgelenke, und zwar ab Geburt bis zum letzten Schnaufer, bei quasi jeder Bewegung, auch nachts im Bett.



(Abb. 2): Modell eines Abschnitts aus der Lendenwirbelsäule, Facettengelenke

Somit ist es nur verständlich, dass diese Facettengelenke (Abb. 2) – wie wir sie nennen – einem degenerativen Alterungsprozess unterworfen sind, so wie auch Knie-, Hüft- oder Schultergelenke. Letztere lassen sich bei starker Abnutzung durch Arthrose praktischerweise durch Prothesen ersetzen, die kleinen Facettengelenke bleiben uns jedoch treu. Beginnen sie sich zu melden, dann spüren wir je nach Lokalisation der Affektion Schmerzen, die in der Regel ausstrahlen.

Die obere Halswirbelsäule strahlt in den Kopf aus. Vom Nacken hochziehend bis in die Augenregion, können die Schmerzen migräneartig sein, auch Cluster Headaches sind nicht unüblich. Die untere Halswirbelsäule strahlt eher in Nacken, Schulter und Arm aus. Die Gelenke der Lendenwirbelsäule wiederum führen zu Rückenschmerzen (low back pain), ausstrah-



lend übers Gesäss bis in die Oberschenkel.

Schmerz führt in der Regel zu Schonhaltung und Imbalance der muskulären Bewegungsabläufe; Hartspann der Muskulatur ist die Konsequenz, weitere Fehlbelastungen oft die Folge. Schmerz chronifiziert, wenn er nicht spontan schnell abklingt oder adäquat behandelt wird. Schmerz ist ein Teufelskreis: er geht einem nicht nur buchstäblich auf den Wecker, sondern schlägt auch auf die Seele. Diese wiederum zieht vielfach etliche Register, um sich bemerkbar zu machen, eine davon ist wiederum körperlicher Schmerz. Komplexe Regelkreise, die Informationen via Nervenfasern (vom Schmerzort zum Hirn und umgekehrt) oder über die Blutbahn transportieren, können komplett aus den Fugen geraten. Wir sprechen in solchen Fällen von der eigentlichen Schmerzkrankheit.

Wissenswertes rund um den Schmerz

Knapp 20% aller Menschen in Europa leiden im Lauf des Lebens an chronischem Schmerz, 10% täglich, während Sie diese Zeilen lesen; mehr als 50% der über 75-Jährigen leiden permanent. Ein Viertel aller Arztbesuche erfolgt wegen Schmerzen. Der Leidensweg ist verworren und gleicht einem Spiessrutenlauf von Pontius zu Pilatus. So dauert es in der Schweiz durchschnittlich 2 Jahre von der ersten Konsultation bis zur Diagnose, anschliessend nochmals 1.7 Jahre bis zur adäquaten Behandlung. Die Schweiz liegt damit im europäischen Mittelfeld. Viele Patienten haben ganze Circuits diversester Behandlungen durchlaufen, bis sie als letzte Anlaufstelle mit grossem Erwartungsdruck beim Schmerzmediziner landen.

Jeder fünfte Patient mit einem chronischen Schmerzleiden in Europa ist

permanent arbeitsunfähig, 60% der arbeitsfähigen Schmerzpatienten geben an, ihre Krankheit habe direkten Einfluss auf ihre Stellung im Erwerbsleben. Soziale Ausgrenzung, Beziehungsprobleme in der Partnerschaft, Angst vor Arbeitsplatzverlust betreffen 25-50% der Betroffenen. Dauert eine schmerzbedingte Arbeitsunfähigkeit 3 bis 6 Monate an, sinkt die Wahrscheinlichkeit, je wieder arbeiten zu können, rapide auf unter 50% ab.

In der Schweiz belaufen sich die Kosten alleine für Schmerzen im Lendenwirbelbereich auf 6 Milliarden Franken – jährlich wohlgermerkt –, die Hälfte davon für Behandlungen, die andere Hälfte für die Folgekosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit. Das SECO hat im Jahr 2009 errechnen lassen, dass die jährlichen Kosten alleine des Erwerbsausfalls aufgrund von Schmerzen des Bewegungsapparats 12 Milliarden Franken betragen. Zusätzliche 9.5 Milliarden kosten die Behandlungen.

Solche und mehr Zahlen lassen es einem mulmig in der Bauchregion werden. Die Schmerzmedizin ist ein noch relativ junges Fachgebiet. Spe-

zialisten schliessen sich zu nationalen Gesellschaften zusammen (CH: Schweiz. Gesellschaft zum Studium des Schmerzes SGSS), diese wiederum sind dem europäischen Dachverband EFIC und dem Weltverband IASP angegliedert. Durch diese Dachverbände lassen sich statistische Zahlen erhärten, nicht nur über Patienten und ihre Leiden, sondern auch über die behandelnden Ärzte.

Das europäische Projekt «Pain Proposal», dem Fachexperten aus 15 Ländern angeschlossen waren, hat in seinem Bericht 2010 festgehalten, dass die Behandlung chronischer Schmerzen oftmals unangemessen und ineffizient ist, was zu längerer Leidenszeit der Patienten und Steigerung der Gesundheitskosten führt. 47% der Hausärzte fühlen sich im Umgang mit Schmerzpatienten zu wenig kompetent und wissen nicht zuverlässig, wann eine Therapie geändert werden sollte. 54% sind bisweilen ratlos, wenn eine angefangene Behandlung keinen Erfolg zeigt.

Bereits kleine Effizienzsteigerungen im Umgang mit Schmerzen können erhebliche wirtschaftliche Vorteile zur Folge haben. Entscheidend hierbei ist,

! DIE KLINIKGRÜNDER UND INHABER:

Dr. med. Andreas Bättscher ist Facharzt für Schmerzmedizin und Anästhesiologie, zusammen mit seinem Praxispartner **Dr. med. Michael Hartmann** Gründer und Eigentümer der Schmerz-klinik Zürich, www.schmerzlinik.med.pro



links: Dr. med. Michael Hartmann
FA Interventionelle Schmerztherapie
Facharzt Anästhesiologie

rechts: Dr. med. Andreas Bättscher
FA Interventionelle Schmerztherapie
Facharzt Anästhesiologie

WEITERE INFOS:

Schmerzlinik Zürich
Wallisellenstrasse 301a
CH-8050 Zürich
T +41 (0) 44 377 70 20
F +41 (0) 44 377 70 30
info@schmerzlinik.med.pro
www.schmerzlinik.med.pro



dass der Patient die individuelle Behandlung erhält, die für seinen Schmerztyp die geeignetste ist, und dass die adäquate Behandlung so früh wie möglich einsetzt. Im Vordergrund stehen Verbesserung von Funktion, Lebensqualität und Schmerzlinderung. Die EFIC unterstreicht die eminente Wichtigkeit, dass mehr Schmerzmediziner ausgebildet werden sollten und fordert die Politiker europaweit auf, Schmerzstörungen als wichtiges Problem anzuerkennen. Es gelte die Herausforderung zu erkennen und Systeme aufzubauen, um die Behandlungsergebnisse zu verbessern.

Diagnostik und therapeutische Optionen

Am Anfang jeder adäquaten Behandlung steht die exakte Diagnostik. Dies ist in der Medizin genau gleich wichtig wie beim Erlernen oder Verbessern eines Golfschlags. Ist der Schulterschmerz ein Schmerz der Schulter? Ist es die Arthrose im Schultergelenk? Oder ist es der Riss der Rotatorenmanschette, die die Kugel im Gelenk hält beim Hochheben des Arms? Oder sind es die uns jetzt bereits bekannten Facettengelenke des 4., 5. und 6. Halswirbels? Sind Muskelschmerz und Hartspann Ursache oder Folge? Hat die Schlafstörung etwas damit zu tun? Kommt es von der Körperhaltung bei der Arbeit am Computer? Oder hat es damit zu tun, dass das Klima in den heutigen Arbeitswelten rauher daherweht als jenes draussen vor der Tür? Da kommt mir gerade in

den Sinn: körperliche Betätigung verlängert das Leben, liebe Leidgenossen und -genossen, auch auf den abgelegensten Golfplätzen (Abb. 1). Um solche Fragestellungen schlüssig beantworten zu können, braucht es die exakte Untersuchung des Patienten. Sicher ist es gut, wenn eine einzige Fachperson dies beherrscht. Oftmals ist es jedoch notwendig, dass verschiedene Experten aus verschiedenen Fachgebieten ihre Befunde erheben, um dann eine Synopsis erstellen zu können, was in welcher Reihenfolge an Behandlungen für den Patienten mit der grössten Aussicht auf Erfolg am meisten Sinn macht.

Diagnostik an der Wirbelsäule bedeutet häufig eine oder mehrere minimal-invasive Interventionen. Darunter versteht man z.B. eine Spritze mit einem betäubenden Medikament, bei welcher die Nadelspitze exakt (millimetergenau) an den zu untersuchenden Zielort in den Wirbelkanal, an die Nervenwurzel beim Austritt aus dem Wirbelkanal, oder an die die Facettengelenke versorgenden Nervenfasern unter Röntgenkontrolle (Abb. 3) diri-



(Abb. 3):
Live-Röntgenbild während Intervention an der Halswirbelsäule

giert wird, um nur einige wenige Beispiele zu nennen. Vorgängig veranlasste CT- und/oder MRI-Aufnahmen sind hilfreich, wenn es um die Darstellung grober Veränderungen geht, zeigen jedoch leider in der Regel den Schmerzort nicht. Während Interventionen muss die korrekte Nadel- oder Sondenführung mittels Röntgen-Live-Bildern dargestellt werden, insbesondere auch unter Kontrastmittel-

gabe, um Fehlplatzierungen insbesondere in Blutgefässen mit Sicherheit ausschliessen zu können. CTs sind hierfür ungeeignet, da sie keine Live-Bilder erstellen, und weil die Strahlenbelastung viel zu hoch ist.

Die therapeutischen Optionen sind mannigfaltig und sprengen den Rahmen dieses Artikels. Sie reichen von konventionellen Medikamentengaben über Physiotherapie, medizinische Massage, therapeutische invasive Interventionen wie Radiofrequenz- oder Kryotherapien, bis zu operativen Eingriffen, um nur einige der körperbezogenen Therapieansätze zu erwähnen. Können körperliche Schmerzen nicht mehr vollständig eliminiert werden, muss man lernen mit ihnen zu leben. Hier kann Psychologie oder auch Psychiatrie von grosser Hilfe sein, wie auch generell oftmals eine Methode durchaus eine andere sinnvoll ergänzen kann, so auch Akupunktur und komplementärmedizinische Massnahmen.

Fazit

Schmerz bzw. Schmerzkrankheit ist ein komplexes Thema. In irgendeiner Form sind wir fast alle davon betroffen und gefordert, sei es als Patient, als Familie, als Arbeitgeber oder Arbeitsplatzkollege, und als Arzt. Von eminenter Wichtigkeit ist möglichst frühzeitiges fachmännisches Eingreifen. Die Chance, grösstmögliche Linderung oder Heilung erreichen zu können, ist dann am höchsten, wenn sich der Schmerz noch nicht in die Seele gefressen hat.

Regelmässige körperliche Aktivität tut gut, wirkt prophylaktisch und ist lebensverlängernd. Aber: man kann es auch zu weit treiben. Tiger soll sich ja angeblich nicht nur zum Ball umgedreht haben. Und was hat er davon? Rückenprobleme, dä Lappi!

*Schönes Spiel wünscht
Andreas Bätcher*

LITERATUR:

1. Alon E: «Pain Proposal», für einen besseren Umgang mit chronischen Schmerzen. Der Schmerz 2011;1, Mitteilungen der SGSS
2. Baker M et al.: Improving the current and future management of chronic pain: A European Consensus Report. 2010.
3. Breivik H et al.: Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. European Journal of Pain 2006;10; 287-333
4. Thomas Läubli und Christian Müller: Arbeitsbedingungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Geschätzte Fallzahlen und volkswirtschaftliche Kosten für die Schweiz. August 2009, SECO