

# PHANTOM SC



# SCHMERZEN



Rückenleiden, Teil zwei: Fehldiagnosen oder erfolglose Ursachensuche führen oft direkt in chronische Leiden – der Schmerz selbst wird zur Krankheit. Eine Reihe von Behandlungsmethoden hilft bei der Bewältigung.

VON ALWIN SCHÖNBERGER (TEXT)  
UND PHILIPP HORAK (FOTO)

**A**m Schluss kamen die Selbstmordgedanken. „Ich war wirklich suizidgefährdet“, sagt Ulli D. „Es war schrecklich.“ Mehr als drei Jahre lang hatte die Wiener Unternehmerin phasenweise unerträgliche Kreuzschmerzen. Es begann 2007 mit Beschwerden, die bis in die Zehen reichten, schließlich zog sie das rechte Bein nach. Der Orthopäde diagnostizierte Bandscheibenvorfälle zwischen dem dritten und fünften Lendenwirbel sowie Zysten an der Wirbelsäule. Doch die folgende Operation brachte nichts, die Schmerzen blieben, wurden sogar schlimmer.

Im Jänner 2010 folgte ein zweiter Eingriff – mit demselben Ergebnis. Die Schmerzen kosteten den Schlaf, beeinträchtigten die Arbeit, mündeten in Depressionen. Ulli D. konsultierte Ärzte, Masseur, schluckte Morphium. Doch nichts half. Bis eine Physiotherapeutin den Verdacht äußerte, das wahre Problem könnte aus der Hüfte kommen. Röntgenaufnahmen zeigten tatsächlich, „dass meine rechte Hüfte völlig im Bimer war“. Im Juni des Vorjahres bekam sie ein neues Hüftgelenk eingesetzt. „Und damit waren die Schmerzen weg.“

Die Patientengeschichte ist typisch und untypisch zugleich: repräsentativ angesichts der heftigen, andauernden Kreuzschmerzen, der lange ergebnislosen Ursachensuche sowie des intensiven Bemühens um geeignete Therapie, schließlich ▶

SCHMERZTHERAPEUT STENGG (LI.)  
PATIENT  
„Wenn die Fragestellung komplex ist, warum soll dann die Antwort einfach sein?“



**„Die Patienten kommen mit einem gewaltigen Stapel an Befunden. Dann greift man ans Rückgrat und findet einfach einen blockierten Wirbel.“**

Orthopäde Paul Köstler in seinem Wirbelsäulen-Trainingszentrum

aufgrund der Erkenntnis, dass das Zentrum der Beschwerden gar nicht deren Quelle ist. Das nicht unbedingt Typische ist das Aufspüren eines konkreten, singulären Schmerzauslösers – der Mehrzahl der Patienten ergeht es anders. Die Web-Medizinforen sind voll von Beispielen, in denen ratlose bis verzweifelte Menschen ihren Leidensweg schildern, stets in der Hoffnung, jemand mit ähnlichen Erlebnissen hätte vielleicht den entscheidenden Tipp zum durchschlagenden Heilerfolg.

Da berichtet eine Frau von ihrem Mann, der sich von einem mehr als zehn Jahre zurückliegenden Bandscheibenvorfall nicht mehr erholt. Eine 28-Jährige schildert zusätzlich zum Rückenschmerz eine Reihe mysteriöser Symptome und fragt, worauf dieses Beschwerdebündel hindeuten könnte. Der Wiener Orthopäde Paul Köstler wiederum erinnert sich an Patienten, die mit einem dicken Stapel an Befunden und dennoch schmerzgeplagt bei ihm vorstellig wurden. Köstler: „Dann greift

man ans Rückgrat und findet einfach einen blockierten Wirbel.“

Gemeinsam ist all den Berichten: Der akute Schmerz, ausgelöst etwa durch einen Bandscheibenvorfall, kippt allmählich in den chronischen, von dem man spricht, wenn Schmerzen länger als drei Monate anhalten. Meist leiden die Patienten allerdings jahrelang, manchmal das ganze Leben. Wie viele Menschen in die Chronifizierung schlittern, zeigt eine Auswertung von 7000 Krankengeschichten, die Bernhard Stengg durchführte, Facharzt für Physikalische Medizin und Gründer des Schmerz- und Wirbelsäulentherapie-zentrums „Paincare“ in Wien: Rund 90 Prozent der Patienten hatten die Beschwerden mindestens sechs Jahre und waren bei zumindest fünf Ärzten in Behandlung gewesen. Nicht wenige hätten regelrechtes „doctor shopping“ praktiziert, so Stengg. „Sie hoffen, quasi den einen blauen Knopf zu finden, den alle anderen übersehen haben. Aber wenn die Fragestellungen kom-

plex sind, warum soll dann die Antwort einfach sein?“

In der Tat gestaltet sich die Ursachen-suche oft extrem schwierig – sei es wegen nicht zielführender ärztlicher Betreuung, Fehlverhaltens oder mangelnder Disziplin des Patienten oder aufgrund verzwickter medizinischer Zusammenhänge respektive weil gleich mehrere Faktoren ineinander greifen (siehe profil 21/2011). Eine kaputte Hüfte wie bei Ulli D. kommt dabei ebenso in Betracht wie ein Beckenschiefstand oder verhärtete Muskeln, rheumatische Krankheiten ebenso wie solche innerer Organe.

Ein Krankheitsbild entzieht sich konventioneller Diagnostik fast überhaupt: „Sehr häufig sind Wirbelsäulenbeschwerden auf psychische Ursachen zurückzuführen“, sagt der Wiener Neurologe Robert Paur. Der Konnex zwischen Psyche und Rücken gilt heute als evident. Viele geflügelte Worte treffen hier buchstäblich zu: Wer häufig den Kopf einzieht, ihn hängen lässt oder das Gefühl hat, die Angst sitze ihm im Nacken, darf bei Rückenleiden durchaus die Psyche verdächtigen, fachlich „unspezifische chronische Rückenschmerzen“ genannt. Verbunden mit der entsprechenden Geistes- ist oft eine dazu passende Körperhaltung: der gesenkte Kopf, eine gekrümmte Wirbelsäule, welche an der Muskulatur zerrt – erst recht wieder ein klassischer Auslöser für Rückenschmerzen.

Erfahrungsgemäß ließen sich bestimmte psychische Stimmungslagen sogar den konkreten Regionen Nacken, Rücken oder Kreuz zuordnen, berichtet der Wiener Physiotherapeut Robert Kriz. So stünden Probleme im Kreuz oft für Überforderung und beruflichen Stillstand. „Berühmt ist der Zusammenhang zwischen sozialer Unzufriedenheit und Kreuzschmerz“, so Kriz. Und dass dieser Abschnitt gleich über dem Becken „auch mit der Sexualität verknüpft ist, ist im Wortsinn naheliegend“. Zudem spiele das heutige Tempo in der Arbeitswelt, multipliziert oft mit Jobunsicherheit und ökonomischen Unwegbarkeiten, eine tragende Rolle. „Ein erheblicher Teil der Leiden ist sicher auf negativen Stress im Büro zurückzuführen“, so Kriz.

Doch nicht nur kann die Psyche das Kreuz belasten, sondern auch umgekehrt: Lang anhaltende Rückenschmerzen, deren Ursache nicht effizient beseitigt wird, können wie im Fall Ulli D. auch psychisches Leid verursachen. Hinzu kommt meist die Angst vor ständig wieder aufkla-

## Ein Chaos aus diffusem Schmerz

Alwin Schönberger über die zweijährige vergebliche Suche nach dem Grund seiner absurden Beschwerden.

Die Explosion im Rücken geschah an einem Aprilmorgen 2009, gegen halb zehn. Ich beugte mich hinunter, um dem Hund die Futterschüssel hinzustellen, als der Schmerz wie ein Messerstich ins Kreuz schoss. Er reichte über den rechten Oberschenkel bis zur Wade hinab, die völlig taub war. Aufrechtes Gehen war ebenso unmöglich wie ausgestrecktes Liegen, und es wurde minütlich schlimmer. Nach Mitternacht fuhr ich ins Wiener AKH. Nach drei Stunden Wartezeit verpasste mir ein junger, sehr schicker Orthopäde, eine Spritze, die nichts nutzte, und schloss einen Bandscheibenvorfall aus.

Der Orthopäde, den ich ein paar Tage später aufsuchte, weil die Schmerzen unverändert blieben, diagnostizierte: Diskusprolaps L4/L5, Bandscheibenvorfall zwischen dem 4. und 5. Lendenwirbel.

\*

Das rechte Bein wollte nicht recht gehorchen, knickte ständig weg, der Fuß schien auf Watte zu treten. Das Anziehen von Socken und von Schuhen war eine Prozedur von zehn Minuten.

Ich absolvierte die Behandlungsklassiker: physikalische Therapie, zehn Einheiten Ultraschall, Wärmepackungen, Strom. Ich ging zur Physiotherapie, trainierte fleißig, schluckte Medikamente, der Sommer erlaubte ausgiebiges Schwimmen. Im Frühjahr 2009 hatte ich das Gefühl, das Schlimmste überstanden zu haben.

Ich sollte mich gründlich täuschen.

\*

Es begann mit einem starken Verlangen, die Muskeln in den Beinen zu dehnen. Der Körper antwortete gnadenlos mit Gegenzug: Die Muskeln krampften sich zusammen. Dann fingen die Waden zu zucken an, verursachten gewaltige Beulen, Berge und Täler in der Haut, die wild wogten und pulsierten. Schließlich das Kribbeln, das Stechen, das Elektrisieren in den Waden. Das Gefühl, als steckten die Unterschenkel in einer Rundnähmaschine mit Hunderten Nadeln, die im Hochgeschwindigkeitsmodus die Haut perforiert. Als hingen beide Beine direkt an der Steckdose.

Das Kreuz schmerzte auch wieder, doch das fiel angesichts des neurologischen Irrsinns kaum mehr ins Gewicht.

\*

Die Starkstromleitungen in den Beinen brachten mich um den Schlaf, ich rannte um halb vier morgens durch die Stadt.

Der Orthopäde sagte, mein Bandscheibenvorfall sei gut abgeheilt.

Die Nervenschmerzen ließen mich steif und klamm werden, gesteuert von der Angst, die jeweils nächste Bewegung könne einen weiteren Bandscheibenvorfall auslösen. Das Kreuz schmerzte höllisch, die Waden vibrierten, ich hatte das Gefühl, das rechte Bein trete auf Wolken, beide große Zehen waren taub. Ich begann, mich beim Gehen durch die Wohnung mit den Händen abzustützen.

Der Neurologe sagte, die Symptome passten nicht zu den Bandscheiben.

Mir fielen zu Hause immer öfter Dinge aus den Händen. Irgendwann ließ ich Taschentücher, Besteck, Dosendeckel einfach liegen. Ich traute mich nicht mehr, mich zu bücken. In einem guten Moment, alle paar Tage, kniete ich mich hin und sammelte alles ein.

Der Neurochirurg betrachtete meine MR-Bilder und sagte, das könne jeder haben, ohne es überhaupt zu merken.

Ich ging dazu über, Sessel vor Kästen zu schieben, um Laden unterhalb der Kniehöhe im Sitzen öffnen zu können.

Der praktische Arzt, der von manchen Patienten wie ein Guru angehimmelt wurde, säuselte, es sei wahrscheinlich psychisch.

An einem Abend im März 2010 konnte ich fast nicht mehr gehen. Ich hantelte mich durch die Wohnung wie ein Zombie. Ich fuhr in die Notaufnahme. Sie verpassten mir eine Schmerzmittelinfusion.

\*

Das gesamte Becken fühle sich an wie ein versteinertes Klumpen, zugleich wackelig und zerbrechlich. Alles ein Chaos aus diffusem Schmerz: im Kreuz, im Steißbein, in den Beinen, im Darm – manchmal gab es dort einen Ruck, als würde jemand mit einem Schürhaken anreißen.

Über Treppen kletterte ich in Zeitlupe, das simple Öffnen einer Türe erzeugte fast unerträglichen Druck im Kreuz.

Ich probierte: Physiotherapie, Akupunktur, Infusionen, einen Kreuzstich mit lokaler Anästhesie. Ich saß bei Orthopäden, Neurologen, Neurochirurgen, Osteopathen. Ich vertilgte schachtelweise Medikamente,

nahm Vitamin D, Vitamin B, Kalzium, Magnesium.

Immer dann, als es so aussah, als gehe es aufwärts, begann der Wahnsinn pünktlich von Neuem.

Was man sich vor allem wünscht: einen Namen für eine Krankheit, selbst wenn es eine unangenehme sein sollte.

\*

Ich sei ein Stresstyp, sagte der neue Orthopäde, stünde buchstäblich unter Strom. Sicher, die Bilder zeigten Verschleiß an der Wirbelsäule und der Vorfall sei nun mal geschehen, aber das alles sei nicht das Thema. Ich müsse lernen, Spannung abzubauen, der Muskeltonus müsse runter.

Die Empfehlung lautete nun: Medikamente zur Muskelentspannung, Osteopathie, Craniosakrale Therapie.

\*

Das Programm schien zu wirken, ich versuchte zudem, die Dinge langsamer und lockerer anzugehen. Und ich hatte nicht mehr ständig Angst, die jeweils nächste Bewegung könnte irgendeinen furchtbaren Schaden im Kreuz anrichten.

Ich absolvierte eine fast zehnstündige Zugfahrt. Ich stieg ohne Schmerzen aus.

Fast drei Monate lang, bis April 2011, war ich so gut wie beschwerdefrei. Das war ein inzwischen fast vergessenes Gefühl.

\*

Eines Nachts, am Sonntag, dem 10. April 2011, ging es wieder los, von einer Minute auf die andere und ohne erkennbaren Grund: Die Nähmaschinen an den Waden waren zurück.

Dann kamen hinzu: schubweise hohes Fieber bis 40 Grad, Hautausschläge, der linke Zeigefinger schwoll aufs nahezu Doppelte seiner Dicke an. Der Darm drehte durch.

Diagnose: weitersuchen.

„Mir fielen zu Hause immer öfter Dinge aus den Händen. Irgendwann ließ ich sie einfach liegen. Ich traute mich nicht mehr, mich zu bücken.“

kernden Schmerzen, was Patienten übervorsichtig werden lässt und in eine körperliche Schonhaltung drängt. Und genau dies führt über verkrampfte Muskeln wieder direkt in den Teufelskreis des Schmerzes. „Zehn bis 15 Prozent unserer Patienten kommen wegen Rückenschmerzen“, beobachtet Christian Novotny, einer der Initiatoren des Wiener Psychotherapeutischen Bereitschaftsdienstes, einer Plattform, die Kontakte zu rund 100 Therapeuten unterhält. „Das Schlimme ist, dass diese Leute oft zu lange nur gegen ihre Symptome behandelt werden.“

Freilich: Ein Beweis dafür, dass tatsächlich die Psyche das Kreuz rebellieren lässt, ist schwer zu erbringen, weshalb Patienten dann vor der unerquicklichen Frage stehen: Ist es wirklich psychischen Ursprungs? Oder scheitern die Ärzten bloß daran, eine gravierende Krankheit aufzuspüren? Unternehmerin D. etwa nennt es heute ihren größten Fehler, dass sie sich nur noch gegen ihre Schmerzen behandeln ließ – nicht zuletzt deshalb habe die Ursachenfindung so lange gedauert.

Dennoch gilt als unstrittig, dass der Schmerz selbst zur eigenständigen Krankheit werden kann. Spätestens im Stadium des Chronischen hat er seine natürliche Funktion als nützliches Alarmsignal verloren.

Reize werden von Nervenenden über das Rückenmark ans Gehirn geleitet und im Bruchteil einer Sekunde analysiert. Derart interpretiert das Hirn permanent, ob

ein Reiz Gefährdungspotenzial birgt. Meldet eine Körperregion auf diese Weise über lange Zeit eine Verletzung, übertreibt das Nervensystem gewissermaßen und nimmt eine Fehldeutung vor. Studien zeigten, dass eine – etwa durch einen Bandscheibenvorfall – geschädigte Nervenwurzel viel empfindlicher reagiert als eine unversehrte, und zwar beim selben mechanischen Reiz. „Es findet eine Sensibilisierung statt“, sagt Paur. „Etwas löst Schmerz aus, was es früher nicht oder nur in geringem Maße getan hätte.“ Zugleich wird das Alarmsystem selbst erweitert, indem zunächst nicht schmerzleitende Nervenfasern zu schmerzleitenden mutieren. Es fänden „chemische und strukturelle Änderungen in der Nervenzelle statt“, so Paur. „Was geschieht, ist ein Umbau der neuronalen Verschaltung auf Rückenmarksebene.“

Das Gehirn merkt sich dann aufgrund abgespeicherter Eindrücke, dass sich eine bestimmte Körperstelle ständig in Aufruhr befindet, und gelangt allmählich zur Ansicht, dass dort permanent etwas weh tut – unabhängig von der tatsächlichen physischen Schädigung. Mediziner nennen dies „Schmerzgedächtnis“ und meinen damit Veränderungen im gesamten Nervensystem: Das Rückenmark reagiert sensibler und kodiert etwa eine normale Berührung für das Schmerzsystem, der Hirnstamm lässt sonst unterdrückte oder abgeschwächte Schmerz-Inputs aus dem Rückenmark vermehrt durch, und im Großhirn wird die Schmerzwahrnehmung

ebenfalls verstärkt. Im Extremfall existiert die eigentliche Ursache überhaupt nicht mehr, sondern nur noch der Fehlalarm – physische Schädigung und Schmerz haben sich entkoppelt. Da wird die Therapie freilich besonders schwierig.

In der Folge muss das Schmerzgedächtnis quasi „gelöscht“ werden, auch durch Medikamente (siehe Kasten rechts). Man müsse die „Schmerzfabrik im Rückenmark stilllegen“, so Therapeut Stengg.

Auf lange Sicht gilt für alle Rückenpatienten freilich dasselbe: Sie müssen selbst intensiv daran arbeiten, ihre Probleme loszuwerden oder wenigstens unter Kontrolle zu halten, wobei die Zauberformel schlicht Bewegung heißt. Experten werden dabei nicht müde darauf hinzuweisen, dass man sich die Lösung eben nicht am Rezeptblock bei einem raschen Ordinationsbesuch abholen kann und dass es auch nicht genügt, sich ein paar Wochen beim Joggen zu kasteien. Vielmehr müssen Wirbelsäulenpatienten regelmäßige körperliche Aktivität als Teil ihres Lebens verstehen – Orthopäde Köstler vergleicht dies mit einer Brille, die man dauerhaft benötigt.

Allerdings müssen Schmerzpatienten oft erst in die Lage versetzt werden, sportliche Betätigung ausüben zu können. Stengg geht dabei stufenweise vor und versucht, mit einer breiten Palette an Instrumentarien zu arbeiten. Nicht zu unterschätzen sei das Werkzeug Information, unter anderem, um überhaupt erst zu er-






2011

Special Management Day

„Innovative Leadership“

Wien, 30. Juni 2011

Der Special Management Day bringt am 30. Juni Leader aus Österreich und Mitteleuropa nach Wien. Nutzen Sie die Gelegenheit, und melden Sie sich jetzt zu diesem einmaligen Workshop an. Alle Infos finden Sie auf [smd-wien.com](http://smd-wien.com)

„Re-Energie! Führen Sie den Wandel herbei!“

Dr. James Födersteil  
Business Management Center

„Machen statt meckern: die Grundregeln effizienter Führung“

Andreas Buhf  
„Bühne des Jahres 2009“








„Wir lösen Blockaden am Gewebe, an Wirbeln oder an den inneren Organen, die ja häufig mit Beschwerden der Wirbelsäule korrelieren.“

Marie-Louise Rössle, Osteopatin

klären, wie Schmerzen funktionieren: etwa, dass auch extrem heftig empfundener Schmerz nicht zwangsläufig auf gravierende Schäden hindeuten muss. „Die Intensität des Schmerzes hat zwingend mit dem Schweregrad einer Läsion zu tun“, so Stengg, der in weiterer Folge mit verschiedensten Methoden arbeitet – bis hin zu sanften Techniken wie so genannten Triggerpunkten und manuellen Therapien.

Solch manualtherapeutische Methoden setzen sich erst in jüngerer Vergangenheit auch in unseren Breiten durch (siehe Kasten rechts). Sie zielen darauf ab, eine Entspannung des Organismus herzustellen und schmerzfreie Beweglichkeit zu ermöglichen. Zu diesen manuellen Konzepten zählt die Osteopathie, die den Körper als ein über vielfältige Ebenen vernetztes und mit speziellen Handgriffen zu behandelndes System begreift. „Wir lösen Blockaden oder Läsionen am Gewebe, an Wirbeln oder inneren Organen, die ja häufig mit Wirbelsäulenbeschwerden korrelieren“,

sagt die Wiener Osteopatin Marie-Louise Rössle. „Der Sinn ist es, die Selbstheilung zu initiieren.“

Die Methoden mögen sich dem strengen wissenschaftlichen Beweis entziehen, angesichts sehr guter praktischer Erfahrungen werden sie jedoch inzwischen auch von traditionellen Schulmedizinern häufig als Begleitmaßnahme empfohlen. „Es gibt seit längerem steigende Nachfrage“, berichtet Rössle. „Auch Neurochirurgen und niedergelassene Ärzte weisen uns ihre Patienten immer öfter zu.“

Derart kann jedenfalls der Boden bereitet werden für die Eigeninitiative des Patienten – wobei sich dieser besser nicht der Illusion hingeben sollte, seine Beschwerden für alle Zeit loszuwerden. Eher müsse man sich mit der Vorstellung anfreunden, diese auf ein erträgliches Maß zu reduzieren, sagt Stengg. Im Regelfall gelte folgende Formel: „Wirbelsäulenleiden sind meistens gutartig. Aber sie kommen immer wieder.“

## Helft Euch selbst

Alle Therapien zielen nur auf eines ab: körperliche Aktivität des Patienten. Wundermittel gibt es nicht.

**M**edikamente: Anfangs kommen meist Präparate zum Einsatz, die schmerzstillend sowie abschwellend wirken, etwa Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) wie Voltaren. Das Arsenal der Ärzte umfasst weiters Antiepileptika, welche die Schmerzübertragung im Rückenmark hemmen. Antidepressiva sind häufig erforderlich, weil sie die Schmerzweiterleitung aus dem Rückenmark sowie die emotionale Kodierung von Schmerzsignalen beeinflussen. Durch präzise Medikation wird Physiotherapie oft erst möglich. Auch Physikalische Therapien können nur dies leisten: Muskelentspannung bewirken, um Training zu erlauben.

Manuelle Therapien: Als absolut sinnvoll erachtet werden manualtherapeutische Ansätze, die Blockaden und Disharmonien des Körpers lösen sollen – und damit auf ihre Weise muskuläre Entspannung herstellen. Die Osteopathie etwa ist eine seit 150 Jahren praktizierte Behandlung, die sanfte manuelle Techniken anwendet und sich besonders auch für Beschwerden der Wirbelsäule eignet. „Ziel ist es, einen Zusammenhang zwischen der individuellen Körperstruktur des Patienten und seinen Beschwerden herzustellen“, sagt die Osteopatin Marie-Louise Rössle. Teil des Osteopathie-Konzepts ist auch die Craniosakraltherapie, die ebenfalls auf speziellen Handgriffen beruht.

Entspannungstechniken: Überdies existiert eine Vielzahl weiterer Techniken, die ihrerseits den immer gleichen Effekt gewährleisten sollen: eine Lockerung der Muskulatur, die sich durch ein Schmerzereignis einkrampft und den Körper in die Zange nimmt. Die Methoden heißen etwa Cyriax, Kaltenborn, Maitland, Rolfing, Feldenkrais oder Faszienmobilisation. „All diese Techniken sind sinnvoll und gleich gut“, so der Physiotherapeut Robert Kriz. „Man muss nur das richtige Werkzeug für das jeweilige Problem finden.“

Bewegung: Der Werkzeugkasten der Mediziner kann nur die Voraussetzung für dauerhafte Eigeninitiative des Patienten schaffen: körperliche Aktivität. Erlaubt ist alles, was den eigenen Vorlieben entspricht – ob Schwimmen, Joggen, Walking oder Yoga. Bloß von purem Krafttraining raten Experten eher ab.