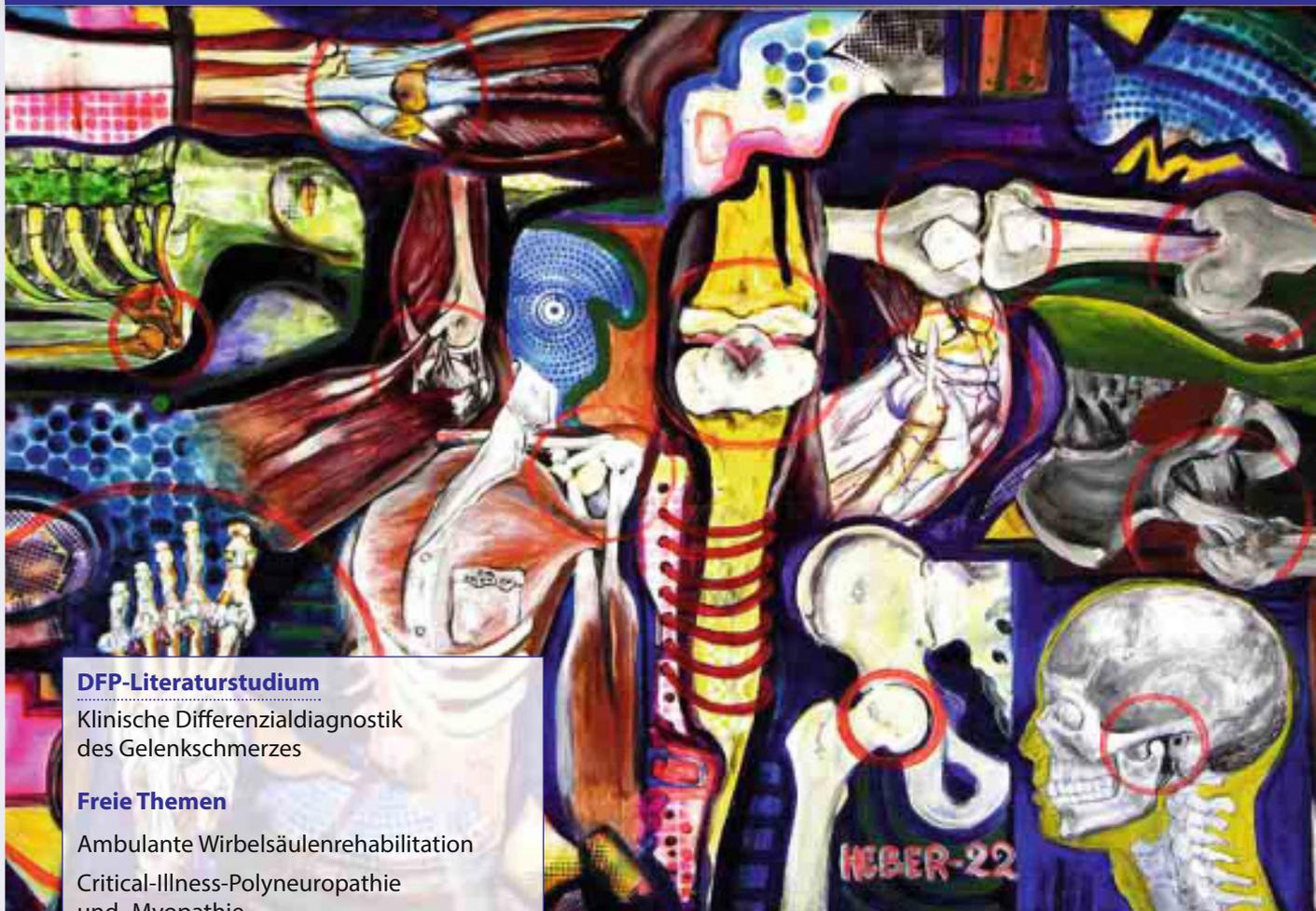


SCHMERZ NACHRICHTEN

Zeitschrift der Österreichischen Schmerzgesellschaft



DFP-Literaturstudium

Klinische Differenzialdiagnostik
des Gelenkschmerzes

Freie Themen

Ambulante Wirbelsäulenrehabilitation

Critical-Illness-Polyneuropathie
und -Myopathie

Der myofasziale Triggerpunkt

Facettengelenke: Injektion, Denervation

Invasive Verfahren bei Gesichts-
und Kopfschmerzen

Schmerzmanagement an der Dialysestation

Update: Viszerale Schmerzen

ÖSTERREICHISCHE SCHMERZGESELLSCHAFT



Offizielles Organ der Österreichischen Schmerzgesellschaft

Die ambulante Wirbelsäulenrehabilitation der Phase 3: Die Teilhabe im Mittelpunkt

Michael Quittan · Günther F. Wiesinger

Karl Landsteiner Institut für Funktionale Gesundheit und Remobilisation, Wien, Österreich

Basis der ambulanten Wirbelsäulenrehabilitation ist seit jeher das Konzept der „International Classification of Functioning, Disability and Health“, kurz „ICF“ der WHO [1]. Dieses dynamische Modell stellt die Auswirkungen einer Erkrankung bzw. einer Diagnose nach der ICD-Klassifikation auf alle Aspekte des menschlichen Lebens dar. Gleichberechtigt werden Körperstrukturen und -funktionen, Aktivitäten und Teilhabe in Zusammenhang mit den Kontextfaktoren evaluiert. Während die kurative Medizin vor allem auf die Behandlung von Körperstrukturen und -funktionen ausgerichtet ist, steht für die medizinische Rehabilitation Aktivität und Teilhabe im Vordergrund.

Die Besonderheit der ICF besteht auch darin, dass sie nicht primär defizitorientiert ist, also nicht nur die Folgen von Krankheit klassifiziert. Vielmehr betont sie auch die Ressourcen zur Funktionsverbesserung. Dies bedeutet, dass die Ziele der medizinischen Rehabilitation gemeinsam mit den Betroffenen definiert werden und die individuelle Verbesserung bzw. Wiederherstellung von Aktivitäten und Teilhabe im Vordergrund steht.

Dies bedingt die Notwendigkeit einer individuellen Diagnostik nach den Kategorien der ICF; in der medizinischen Rehabilitation wird dieser Prozess Assessment genannt. Dieses Assessment umfasst alle Komponenten der ICF.

Die Körperfunktionen des unteren Rückens werden neben der klinischen Untersuchung als schmerzfreie Beweglichkeit und Kraft der Lumbalextensoren bestimmt. Um hier valide und reproduzierbare Messergebnisse zu erhalten,

bedarf es entsprechender Geräte, für die auch geschlechts- und altersspezifische Normwerte zur Verfügung stehen [2].

Schmerz fällt ebenfalls in die Kategorie der Körperfunktionen. Aus den zahlreichen zur Verfügung stehenden Assessmentverfahren des Schmerzes haben wir die bewährte visuelle Analogskala gewählt.

Obwohl Verbesserungen von Teilhabe und Aktivität durch die ambulante Wirbelsäulenrehabilitation im Vordergrund stehen, kann auch auf Verbesserungen der Körperfunktionen Schmerz, Beweglichkeit und Muskelkraft verwiesen werden. Diese Befunde ergeben sich aus eigenen Daten [3] und werden durch rezente Literatur bestätigt [4].

Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe von Patient*innen mit Rückenschmerzen können einerseits direkt mittels entsprechender ICF-Kategorien erhoben werden, die auch mittels eines eigenen ICF-Systems in 25%-Schritten quantifiziert werden können. Um die Auswahl aus den etwa 1440 Kategorien der gesamten ICF zu erleichtern, wurden krankheitsspezifisch von internationalen Arbeitsgruppen sog. *Core Sets* definiert, welche die krankheitsrelevanten ICF-Kategorien für Patient*innen mit Rückenschmerzen enthalten [5].

Die ambulante Wirbelsäulenrehabilitation verwendet etablierte Fragebögen, die für die Erhebung rücken-spezifischer Aktivitäts- und Teilhabe-einschränkungen entwickelt wurden. Seit Beginn der ambulanten Wirbelsäulenrehabilitation wird der Roland-Morris-Rückenschmerzen-Fragebogen in seiner validierten deutschsprachigen Form mit 24 rücken-spezifischen



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

schen Fragen eingesetzt [6]. Jede Frage wird mit „ja“ oder „nein“ beantwortet und erlaubt eine einfache Summenauswertung. Je höher die Anzahl der „ja“ Antworten ausfällt, umso höher empfinden die Betroffenen ihre funktionelle Einschränkung. Eine entsprechende Veränderungs sensitivität des Fragebogens ist publiziert [7]. Der Fragebogen wird als „Core Outcome Measurement“ bei Rückenschmerzen empfohlen [8].

Eine allgemeine Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands wird mittels des EQ-5D-Gesundheitsfragebogens erhoben. Dieses Instrument ist im originalen Core Set für klinische Studien des Rückenschmerzes enthalten [9].

Weiterentwicklung

Ein wesentlicher Aspekt der gesellschaftlichen Teilhabe ist die Berufsfähigkeit. Dazu lauten die entsprechenden Kategorien der ICF zum Beispiel: d845 – *Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden*; d850 – *bezahlte Tätigkeit* und d859 – *Arbeit und Beschäftigung, anders oder nicht näher bezeichnet* [5].

Da jeder Mensch individuelle Einschränkungen und Probleme erfährt, ist zusätzlich eine subjektive verbale Beschreibung des jeweiligen Problems sinnvoll. Derart können die, durch die ambulante Wirbelsäulenrehabilitation erzielten Verbesserungen, spezifisch erfasst und beschrieben werden. Dieses Verfahren hat seit Jahren in Behandlungs- und Rehabilitationskonzepten einen unverzichtbaren Platz [10].

Zusätzlich finden auch in diesem Bereich etablierte Fragebögen Verwendung, wie der Work Ability Index (WAI; [11]), das Screening-Instrument zur Einschätzung des Bedarfs an medizinisch-beruflich orientierten Maßnahmen (SIMBO; [12]) oder der Patient Health Questionnaire (PHQ-4; [13]) in seiner deutschen Version. Diesen gemeinsam ist jedoch, dass sie nicht spezifisch für den Rückenschmerz entwickelt wurden. Daher sollten sie um eben diese spezielle Fragestellung ergänzt werden. Gemeinsam mit den narrativen Schilderungen der Patient*innen können so Veränderungen möglichst exakt erfasst werden. Eine entsprechende Studie der Autoren ist in Ausarbeitung.

Günstige Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit ist auch in der internationalen Literatur thematisiert. In einer randomisiert-kontrollierten Studie konnte gezeigt werden, dass 87% der Patient*innen nach einem Training der Lumbalextensoren ihre Erwerbstätigkeit wieder aufnehmen konnten. In der Gruppe, die kein Training absolviert hatte, waren es nur 24% [14].

Die ambulante Wirbelsäulenrehabilitation der Phase 3 hat sich seit ihren Anfängen an dem Konzept der ICF orientiert. Diesem Konzept wird mit einem multidimensionalen Assessment und einem multimodalen Therapiekonzept entsprochen. Der zusätzliche Schwerpunkt auf die Teilhabe, insbesondere die Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit, stellt eine zeitgemäße und notwendige Weiterentwicklung dar.

Korrespondenzadresse



© Mediendienst Wilke

Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Quittan, MSc SFEPRM

Karl Landsteiner Institut für Funktionale Gesundheit und Remobilisation
Mantelgasse 34–36/4/7, 1130 Wien, Österreich
mq@rehab-hietzing.at

Interessenkonflikt. M. Quittan und G.F. Wiesinger geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. World Health Organization. The international classification of functioning, disability and health (ICF). 2001. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>. Zugegriffen: 30. Juni 2022.
2. Graves JE, Pollock ML, Carpenter DM, et al. Quantitative assessment of full range-of-motion isometric lumbar extension strength. *Spine*. 1990;15(4):289–94.
3. Pieber K, Quittan M, Wiesinger GF, et al. Long-term effects of an outpatient rehabilitation program in patients with chronic recurrent low back pain. *Eur Spine J*. 2014;23(4):779–85.
4. Golonka W, Raschka C, Harandi VM, et al. Isolated lumbar extension resistance exercise

- in limited range of motion for patients with lumbar radiculopathy and disk herniation-clinical outcome and influencing factors. *J Clin Med*. 2021;10(11):2430.
5. Cieza A, Stucki G, Weigl M, Disler P, et al. ICF core sets for low back pain. *J Rehabil Med*. 2004;44:69–74.
6. Wiesinger GF, Nuhr M, Quittan M, et al. Cross-cultural adaptation of the Roland-Morris questionnaire for German-speaking patients with low back pain. *Spine*. 1999;24(11):1099–103.
7. Ostelo RW, Deyo RA, Stratford P, et al. Interpreting change scores for pain and functional status in low back pain: towards international consensus regarding minimal important change. *Spine*. 2008;33(1):90–4.
8. Chiarotto A, Boers M, Deyo RA, Buchbinder R, Corbin TP, Costa LOP, Foster NE, Grotle M, Koes BW, Kovacs FM, Lin CC, Maher CG, Pearson AM, Peul WC, Schoene ML, Turk DC, van Tulder MW, Terwee CB, Ostelo RW. Core outcome measurement instruments for clinical trials in nonspecific low back pain. *Pain*. 2018 Mar;159(3):481–495. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001117>
9. Deyo RA, Dworkin SF, Amtmann D, et al. Report of the NIH Task Force on research standards for chronic low back pain. *J Pain*. 2014;15(6):569–85.
10. Vroman K, Warner R, Chamberlain K. Now let me tell you in my own words: narratives of acute and chronic low back pain. *Disabil Rehabil*. 2009;31(12):976–87.
11. Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, et al. Arbeitsbewältigungsindex. 2. Aufl. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW; 2003.
12. Streibelt M, Gerwinn H, Hansmeier T, et al. SIMBO: Ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Massnahmen in der medizinischen Rehabilitation – Analysen zur Konstruktvalidität und Prognosegüte. *Rehabilitation*. 2007;46(5):266–75.
13. Löwe B, Wahl I, Rose M, et al. A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord*. 2010;122(1–2):86–95.
14. Choi G, Raiturker PP, Kim MJ, et al. The effect of early isolated lumbar extension exercise program for patients with herniated disc undergoing lumbar discectomy. *Neurosurgery*. 2005;57(4):764–72.

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.