

GEORG - AUGUST - UNIVERSITÄT GÖTTINGEN

ZENTRUM ANAESTHESIOLOGIE,
RETTUNGS- u. INTENSIVMEDIZIN

Schwerpunkt Algesiologie

Prof. Dr. med. J. Hildebrandt

Ambulanz für Schmerzbehandlung, TL 112, Robert-Koch-Str. 40, D-37075 Göttingen

Herrn Dr. med. B. R.
Arzt f. Allgemeinmedizin
Aegidienplatz 14

33467 Niemandsland



Robert-Koch-Str. 40
D - 37075 Göttingen
Tel.: 0551 - 39 8816
39 8263
Fax: 0551 - 39 4164
Mail: pain@med.uni-
goettingen.de

Hi/vW
15. April 2002

Herr B. T., *15.03.1968, wh.: Goetheallee 15, 01234 Rückenhausen

Diagnose: Chronischer mechanischer Rückenschmerz
Spondylolisthesis L5/S1

Sehr geehrter Herr Kollege R. !

Wie in unserem Kurzbrief vom 15.04.2002 angekündigt, berichten wir heute ausführlich über Ihren o.g. Patienten, der sich erstmals am 09.04.2002 in unserer Ambulanz vorgestellt hatte.

Schmerzanamnese: Die allgemeine Vorgeschichte dürfen wir freundlicherweise als bekannt voraussetzen. Herr T. hat seit längerer Zeit Rückenprobleme, die seit Ende Januar diesen Jahres erheblich zugenommen haben. Er ist seit dem 10.01.02 arbeitsunfähig.

Vorbehandlung: Die Behandlung erfolgte durch Sie sowie seit Februar orthopädischerseits ambulant durch Dr. P. in B. Außerdem wurde ca. 12mal Krankengymnastik durchgeführt (kein Bericht über Verlauf und Ergebnis vorhanden). Der Patient wurde in der letzten Zeit schmerztherapeutisch durch Herrn Dr. B., Krankenhaus in Z., behandelt, der ihn an uns verwies. Ein Termin der neurologischen Praxis Dres. O. und S. war für den 10.05.2002 vereinbart (vermutlich neurophysiologische Abklärung bzw. Ausschluss einer radikulären Erkrankung).

Derzeitige Schmerzmedikation: Tramabeta 4 x 200 mg.

Derzeitige Beschwerden: Herr T. berichtete hier, dass er anfangs ein Gefühl des Muskelkaters am ganzen Körper („als wenn ein Anzug zu klein ist“) gehabt habe, später sei es zu einer Fokussierung auf den Rücken gekommen, mit Ausstrahlung in beide Beine. Manchmal verspüre er Kribbeln und Taubheitsgefühle im Bein, links > rechts. Morgens seien die Beschwerden besonders stark, er könne kaum aus dem Bett aufstehen.

Medizinische Anamnese: Weitgehend frei. Z.Zt. Herpes genitalis, der in der Hautklinik behandelt wird (Med.: Aciclovir und ein Tetracyclin-Präparat).

Klinischer Befund: Hochgradige Einschränkung der LWS-Beweglichkeit bei einem Finger-Boden-Abstand von 54 cm und einer Inklination von 20° (Normalwert 50-60°). SLR 80° – somit mäßig verkürzte ischiocrurale Muskulatur.

Keine neurologischen Veränderungen, Bein-Reflexe deutlich auslösbar, keine Paresen, Laségue negativ. Keine Hinweise für eine Arthropathie der Hüft- und Iliosakralgelenke. Kein Druck- oder Klopfschmerz an der Wirbelsäule.

Der Patient ist insgesamt außerordentlich „steif“ und „schmerzgequält“.

Im Functional Limitation Score (Waddell 1992) erreicht der Pat. 5 Punkte (maximalwert 7 Punkte), was einer deutlichen Beeinträchtigung in der Wirbelsäulenfunktion entspricht.

In der Physical Impairment Scale (Waddell et al. 1984) wird die körperliche Beeinträchtigung des Pat. mit 22% beziffert, was für eine Wirbelsäulenerkrankung ebenfalls einer sehr hohen körperlichen Beeinträchtigung gleichkommt.

Bildgebende Verfahren: Olisthese L5/S1, Grad I-II nach Meyerding. CT: Spondylolisthesis L5/S1 und ausgeprägte, zirkuläre Protusion mit entsprechendem Nervenwurzelkontakt. In Höhe L3/4 geringgradige Protusion ohne Nervenwurzelkontakt. Einzelne subchondrale Abbauzysten.

Laborbefunde: Blutbild o.B., CRP <2.0 (Normalbefund), BKS 2/8

Psychosoziale Evaluation:

Psychosoziale Situation: Herr T. ist als Schreinermeister in einer Firma mit 20 Mitarbeitern angestellt (vorwiegend Bürotätigkeit). Eine akute Arbeitsplatzbedrohung liegt nicht vor. Es besteht eine gute Arbeitszufriedenheit. Nachteilig ist jedoch die relativ lange Anfahrt zur Arbeitsstelle von 70 km.

Der Patient ist vor ca. 1½ Jahren mit einer eigenen Firma in Konkurs gegangen, seither läuft ein privates Insolvenzverfahren.

Soziale und familiäre Situation: Eine langjährige Partnerschaft zerbrach zum Zeitpunkt des Konkurses, der Patient zog von S. nach T.. Herr T. lebt seit kurzer Zeit in einer neuen Partnerschaft, die er als sehr positiv schildert. Als protektiver Faktor ist ein als positiv erlebter Freundeskreis am neuen Wohnort zu bewerten. Wegen der Rückenschmerzen geht Herr T. allerdings kaum noch körperlichen Aktivitäten nach (früher gerne Tanzen, längere Radtouren).

Psychologischer Eindruck: Deutliches Schmerzverhalten, jedoch nicht aggravierend dargestellt, vermutlich deutliche Beeinflussung des Schmerzverhaltens und des gesamten Krankheitsverlaufes durch Angst-Vermeidungseinstellungen und entsprechendem Schonverhalten. Es besteht ein hoher Leidensdruck, mit großer Ungeduld, die er jedoch deutlich reflektieren kann.

Beurteilung / weitere Planung: Es handelt sich um eine hochgradige körperliche Beeinträchtigung bei Spondylolisthesis L5/S1. Wegen möglicherweise bestehender radikulärer Schmerzen aufgrund der erheblichen Protusion in Höhe L5/S1 haben wir zunächst die peridurale Applikation von 40 mg Triamcinolon durchgeführt.

Wir beabsichtigen, Herrn T. in unserem multikonzeptionellen, verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungsprogramm (Physio-, Trainings- und Verhaltenstherapie in der Gruppe, insgesamt 20 Termine in einem Zeitraum von vier Wochen) zu behandeln, das Mitte Mai beginnen wird. Nach Abschluss dieser Maßnahme werden wir erneut berichten.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Prof. Dr. med. J. Hildebrandt

Dipl.-Psych. Andrea Wendt

Name: Herr T., geb.: 15.03.1968

Schmerzbeschreibung und Beeinträchtigungen: Vor drei Monaten seien plötzlich Schmerzen aufgetreten „wie ein Anzug der drei Nummern zu klein ist“. Seither leichte Verbesserungen vor allem durch KG), beeinträchtigt vor allem bei längerem Sitzen, dies ist vor allem bei der Berufsausübung (vorwiegend PC-Arbeit) problematisch, sowie bei den Autofahrten zum Arbeitsplatz (Arbeitsweg je 70 km). Weiterhin könne er seine sportlichen Aktivitäten, die er zum Ausgleich für die berufliche Stressbelastung nutzte, nicht ausführen (vor allem längeres Radfahren)

NRS (Ø - max - akt.):	7-9-7	Auftreten:	Dauerschmerz
SES:	25:19, eher unauffällig	PDI:	47: gesteigertes Beeinträchtigungserleben

In der Schmerzbeschreibung und den Testverfahren wird eine hohe Schmerzintensität deutlich, bei eher unauffällig ausgeprägtem affektiver Schmerzbeschreibung, jedoch überdurchschnittlich erhöhtem Beeinträchtigungserleben.

Einschätzung bisheriger Behandlungen durch die Patient/in:

8 x Krankengymnastik: sehr positiv; Enttäuscht von niedergelassenem Orthopäden, der ihm nichts konkretes angeboten habe und ihn nur schnell wieder zur Arbeit schicken wollte.

Ätiologiemodell des / der Patienten/in: Der Pat. gibt keine klaren Vorstellungen über die Ursachen seiner Beschwerden an.

Anlass für die Vorstellung: Empfehlung für Deine Teilnahme am GRIP durch den niedergelassenen Schmerztherapeuten Dr. B. Der Pat. informierte sich dann über das Internet über das Programm und drängte auf einen schnellen Termin.

Berufliche Situation: Gelernter Schreinermeister. Vor 1½ Jahren mit eigener Firma in Konkurs gegangen, seither privates Insolvenzverfahren (darf 6 Jahre nur 920 Euro im Monat verdienen). Seit 1 Jahr als Schreinermeister bei einer 20-Personen Firma beschäftigt, sieht dies als Chance für beruflichen Wiedereinstieg nach Konkurs. Tätigkeit vorwiegend im Büro, PC-Arbeit: Planung, Angebote entwickeln, Durchführung überwachen. Als jüngster Mitarbeiter in der Planungsabteilung mit guten PC-Kenntnissen und gutem „Draht“ zum Chef könne er sehr selbständig arbeiten. Insgesamt gute Arbeitszufriedenheit (spiegelt sich auch in den Werten des ABB wieder), nachteilig wird der lange Fahrtweg von 70 km empfunden. Herr T. gibt keine akute Arbeitsplatzbedrohung an. Seit 10.1.02 ist Herr T. arbeitsunfähig.

Gelernter Beruf	Schreiner	
Tätig als ...	Schreinermeister	
Subjekt. Belastung	Keine Angabe	
Gefährdung des Arb.-Platzes ??	Nein	
Arbeitsunfähigkeit	Seit 10.01.02	3 Monate
AUF-Tage in den letzten 6 Monaten	90 Tage	
Rentenabsicht ??	Nein	
MdE	Nein	
Glaubt Pat. an Rückkehr ?	Ja	
Arbeitszufriedenheit (ABB)	Σ Zufriedenheit (0–54 Pkte)	44
	Globale Zufriedenheit NRS (0-6)	5

Soziale und familiäre Situation: Die langjährige Partnerschaft sei zerbrochen, als seine Firma Konkurs machte (vor 1½ Jahren). Anschließend habe er eine andere, sehr chaotische Partnerschaft geführt. Durch Wegzug aus S. beendet er alle vorherigen sozialen Kontakte (außer den familiären). In dieser Stresssituation habe er einen Herpes genitales entwickelt, der nun nach vielen Behandlungsversuchen langsam abheile. Seit 1 Jahr sei er mit einer neuen Partnerin zusammen. Beide leben in einem kleinen Haus an Waldrand. Er habe das Gefühl, dass sie beide endlich zur Ruhe kommen; es besteht bei beiden ein Kinderwunsch.

An neuem Wohnort in T. habe er wieder einen neuen, intakten Freundeskreis aufgebaut. Wegen seiner Beschwerden nehme er an den gemeinsamen Aktivitäten kaum noch teil und ziehe sich immer mehr zurück. Auch frühere Hobbys wie Dartspielen und längere Radtouren habe er aufgegeben.

Psychischer Befund:

ADS:	11, eher unauffällig
-------------	----------------------

Die Pat. zeigt sich im Kontakt freundlich und kooperativ. Er schildert auf Nachfrage offen seine Beschwerden, seine soziale und psychische Situation. Seine bisherigen Behandlungserfahrungen werden sehr abwertend und gereizt beschrieben.

Mimik, Gestik und Psychomotorik sind situationsadäquat. Es zeigen sich keine Hinweise auf formale oder inhaltliche Denkstörungen oder Störungen des Bewusstseins. Herr T. wirkt sehr reflektiert. Affektiv gut schwingungsfähig.

Es ist in der Untersuchungssituation ein deutliches Schmerzverhalten (starre Körperhaltung, mehrfaches Aufstöhnen) erkennbar, jedoch keine aggravierende Darstellung. Es besteht ein hoher Leidensdruck und eine Ungeduld dahingehend, dass nun endlich etwas passieren müsse. Er ist andererseits jedoch offen für eine Reflexion dieser Ungeduld.

Ungünstige aufrechterhaltende Faktoren (kognitiv, emotional, Verhalten, soziale Situation):

- Das sichtbare, an sich positive Engagement, eine adäquate Behandlung einzufordern, ist zugleich von großer Ungeduld und Unruhe begleitet (auch vor dem Hintergrund von erfolglosen Behandlungsversuchen über den Zeitraum eines Jahres bei seinem Herpes genitales bis er zur jetzigen erfolgreichen Therapie gelangte).
- deutliche Ärgerreaktion über die bisherigen Behandlungen, (dort habe man ihn „fallen lassen“), insgesamt hohes Ärgerpotential bei Nichterfüllung eigener Erwartungen
- Verunsicherung in Folge bisheriger therapeutischer Kontakte, was zu einem deutlichen Angst-Vermeidungsverhalten führte und in der Folge zur Aufgabe von körperlichen Aktivitäten, die früher zum Ausgleich für belastende Situationen dienten
- Es zeigen sich hohe Anforderungen an die eigene Leistungsfähigkeit („wenn er etwas mache, dann mit Hand und Fuß und keine halben Sachen“) was sich auf der Verhaltensebene ausdrückt in dichotomen Verhaltenstendenzen (entweder 100 % Leistung oder gar nichts)
- Die zunächst sehr positiv dargestellte jetzige Arbeitssituation stellt sich im Verlaufe des weiteren Gespräches als durchaus konflikträchtig dar (mit Kollegen und Chef); weiterer ungünstiger Faktor ist der lange Anfahrtsweg zur Arbeitsstelle.

Schmerzlindernde und schmerzverstärkende Faktoren:

Schmerzlindernd: KG – auch in Eigenübungen

schmerzverstärkend: Teilnahme am AOK-Rückenkurs

Ressourcen:

- Großer Veränderungswille
- Hohe Eigenverantwortlichkeit – er will selber wieder aktiv werden können
- Nach überwundener Krise jetzt sehr positiv erlebte private und berufliche Situation
- Führt täglich KG-Übungen in Eigenregie durch

Fazit: Aus psychotherapeutischer Sicht ist Herr T. ein gut geeigneter GRIP-Patient. Bereits mit ihm thematisiert, dass die Ungeduld auch ungünstige Aspekte aufweist und dass keine Schmerzfreiheit versprochen wird (auch wenn dies für ihn zunächst als „halbe Sache“ erscheinen könne).

Name: Hr. T

Datum: 09.04.2003

Untersucher: JH

Functional Limitation Score (Waddell 1992)

Physical Test	Cut-off	Patient	positiv? (0/1)
1. Totale Flexion der WS	< 87°	60	1
2. Totale Extension der WS	< 18°	10	1
3. Mittlere Lateralflexion der WS	< 24°	20	1
4. Mittlerer Straight Leg Raising (SLR) - bei Frauen - bei Männern	< 71° < 66°	80	0
5. Palpation / spinal tenderness	positiv/negativ	+	1
6. Beidseitiger aktiver SLR	< 5 Sekunden	+	0
7. Aktive Sit-ups	< 5 Sekunden	-	1
8. Gesamtestwert (max. 7)			5

Physical-Impairment Scale (n. Waddell und Main 1984)

Mathematische Konstante			+ 28
1. Schmerzausbreitung	nur Beinschmerz	- 2	+ 8
	nur Rückenschmerz	0	
	Bein- und Rückenschmerz	+ 8	
	Neurog. Claudicatio bei spinaler Stenose	+ 8	
2. Schmerzauftreten	vorübergehend	+ 4	+ 8
	andauernd	+ 8	
3. Frakturen	Querfortsatz	+ 1	+ _____
	Kompression	+ 2	
	dislozierte Fraktur	+ 6	
4. Rückenoperationen	keine Operation	0	+ _____
	eine Operation	+ 3	
	mehr als eine Operation	+ 6	
5. Wurzelkompression (radikul. Schmerz)	keine	0	+ _____
	fraglich	+ 1	
	sicher	+ 2	
Subtotal			+ 44
6. Beugung der Wirbelsäule (modifizierter Schober)	15/18 = 3 cm	X 2	- 6
7. SLR rechts	80 °	/ 10	- 8
8. SLR links	80 °	/ 10	- 8
9. Körperliche Beeinträchtigung in %			22 %

GEORG - AUGUST - UNIVERSITÄT GÖTTINGEN

ZENTRUM ANAESTHESIOLOGIE,
RETTUNGS- u. INTENSIVMEDIZIN

Schwerpunkt Algesiologie

Prof. Dr. med. J. Hildebrandt

Ambulanz für Schmerzbehandlung, TL 112, Robert-Koch-Str. 40, D-37075 Göttingen

Herrn Dr. med. B. R.
Arzt f. Allgemeinmedizin
Aegidienplatz 14

33467 Niemandsland



Robert-Koch-Str. 40
D - 37075 Göttingen
Tel.: 0551 - 39 8816
39 8263
Fax: 0551 - 39 4164
Mail: pain@med.uni-
goettingen.de

Hi/vW
22. Juni 2002

Herr B. T., *15.03.1968, wh.: Goetheallee 15, 01234 Rückenhausen

Diagnose: Chronischer mechanischer Rückenschmerz
Spondylolisthesis L5/S1

Sehr geehrter Herr Kollege R. !

Bezugnehmend auf unsere vorherigen Arztbriefe berichten wir nun nach Vorlage aller Therapeutenberichte erneut über Ihren o.g. Patienten, der vom 14.05. bis zum 12.06.2002 an unserem multikonzeptionellen Behandlungsprogramm (Physio-, Trainings- und Verhaltenstherapie in der Gruppe, insgesamt 20 Termine in einem Zeitraum von vier Wochen) teilgenommen hat.

Behandlungsbewertung / subjektive Veränderungsmessung: Herr T. bezeichnete seine Schmerzen bei der Abschlussuntersuchung als „schwächer und besser erträglich“, sein körperliches und seelisches Befinden als „deutlich gebessert“ und den Behandlungserfolg als „sehr gut“. Die prozentuale Verbesserung gab er mit 80% an.

Entsprechend positiv sind die Fragebogenparameter: Die Schmerzintensität, gemessen mit einer 11-stufigen Skala (durchschnittlich - maximal - aktuell), ist von 7-9-7 auf 1-3-0 zurück gegangen. Die affektive Schmerzqualität (SES: max. 56 Pkte.) verbesserte sich von 25 auf 14 Punkte.

Die subjektiv erlebte Funktionskapazität (FFbH-R: 0-100%) steigerte sich im Behandlungsverlauf von relativ geringen 58% als Ausgangswert auf erfreuliche 92%. Dementsprechend verringerte sich die subjektive Beeinträchtigung (PDI: max. 70 Pkte., krit. Wert >44 Pkte) von 47 auf nur noch 5 Punkte.

Der Depressions-Score (ADS: >23!) war eingangs mit 11 Punkten nicht auffällig und ging im Verlauf noch auf 4 Punkte zurück. Eine drastische Verbesserung ist hinsichtlich des Schon- und Vermeidungsverhaltens, gemessen mit dem FABQ (max. 90 Pkte.), zu verzeichnen, das von 50 auf 8 Punkte reduziert werden konnte.

Trainingstherapie: Herr T. nahm sehr motiviert an der Trainingstherapie teil und konnte aufgrund seiner sportlichen Vorerfahrungen wieder annähernd seine alte Belastbarkeit erreichen. Auffällig war sein hohes Leistungsstreben mit sichtbaren Tendenzen zur Überforderung, einhergehend mit Ungeduld in Bezug auf den Behandlungserfolg.

Im Bereich Sport/Spiele zeigte der Patient einen hohen Einsatz bei allerdings geringem Körpergefühl hinsichtlich Kraftdosierung und Bewegungsausführung. Im Krafttraining fielen Defizite der Rückenstrecker auf, bei insgesamt guter Kraftausdauer.

Die isometrischen Maximalkraftwerte des Rumpfes waren im Eingangstest in Extension unterdurchschnittlich, in Flexion durchschnittlich. Bei der Abschlussuntersuchung war ein Zuwachs von 190% in der Extension und 16% in der Flexion zu verzeichnen (s. Tabelle).

Test	Nm prae	Nm post I (10 Tage)	Nm post II (3 Monate)	Steigerung	Soll (Minimum)
Rumpfextension	108	306	314	190 %	312
Rumpfflexion	174	200	201	15,5 %	199

Beurteilung und Empfehlung: Herr T. hat von der Trainingstherapie vor allem hinsichtlich Körperbewusstsein und Kraftdosierung gut profitieren können. Die Überforderungstendenzen fallen allerdings immer noch deutlich auf.

Er wird das körperliche Training in einem Fitness-Studio an seinem Wohnort fortführen und ergänzend Rad fahren und Tennis spielen. Hierbei sollte er weiterhin bewusst und kontrolliert vorgehen, um insbesondere seine Körperwahrnehmung noch weiter zu verbessern. Wichtig sind auch die Verbesserung der Wirbelsäulenbeweglichkeit im Alltag sowie die Durchführung der im Programm erlernten Dehnübungen.

Alltags- und berufsbezogenes Bewegungstraining (Work-Hardening):

Der 34-jährige Patient ist Schreinermeister; seit 10.01.02 besteht Arbeitsunfähigkeit. Als Problembewegungen gab er bei der Eingangsuntersuchung „längeres Sitzen und Stehen“ an.

Im *Pile-Test der LWS* (Gewichte 4x in 20sec vom Boden bis zur Hüfte heben) zeigte der Patient bereits bei der Eingangsuntersuchung eine exzellente maximale Hebeleistung von 46,5 kg, die er im Abschlusstest noch auf 54,0 kg steigern konnte. Mit dieser Belastung hat er die Gewichtsgrenze (Hälfte des Körpergewichts) überschritten und somit eine optimale Ausschöpfung der muskulären Kraftfähigkeit erreicht. Die Bewegungstechnik wurde ökonomisch ausgeführt.

Im *Pile-Test der HWS* (Gewichte 4x in 20sec aus Hüft- in Schulterhöhe heben) hat er sein Eingangsergebnis von 21,5 kg auf 26,5 kg im Abschlusstest steigern können.

Im *Pact-Test* (Messung der subjektiv erlebten, individuellen Belastungsfähigkeit: max. 200 Pkte.) zeigte sich eine Zunahme der Selbsteinschätzung von 117 vor Behandlung auf 189 Punkte nach dem Behandlungsprogramm.

Work-Hardening-Parcour (Steckwand, Einfädeln, Handkurbel, Stange, Kiste, Schieben und Ziehen):

Das Bewegungsverhalten von Herrn T. war anfänglich von Unsicherheit, verbunden mit Ängsten vor Verletzungen, geprägt. Dieses spiegelt sich auch im Pact-Score in einer deutlichen Unterschätzung seiner tatsächlichen Funktionsfähigkeit wieder. Um dem entgegen zu wirken, wurde dem muskulär kräftigen Patienten praktische Übungssituationen geschaffen, die ihm positive Erfahrungen bezüglich seiner sehr wohl funktionierenden Körperstrukturen boten. Die edukativen Inhalte des Work-Hardening gaben ihm entgegen seiner irreführenden Vorstellungen eines „Weggleiten der Wirbel“ eine aufklärende Sicherheit. Mit dem repetitiven Üben an einzelnen Arbeitsstationen des Parcours sind die grundmotorischen Alltagsfunktionen Bücken, Heben, Stehen, Schieben/Ziehen und Überkopfarbeit in ihrer Beweglichkeit und Koordination erfolgreich rekonstruiert worden. Außerdem erlernte Herr T. adäquate Dehnungen zur Entlastung, die er selbständig umsetzen kann.

Mit Hilfe einer angelernten verbesserten Aktivierung des segmentalen Muskelsystems kann er deutlich länger Stehen. Auch die einseitige Sitzhaltung im Büro, Auto oder auf seinem Rennrad kann er durch entsprechende Ausgleichsbewegungen oder kleinen dynamischen Muskelaktivitäten wesentlich besser tolerieren.

Beurteilung/Empfehlung: Der Patient hat sehr gut von dem vierwöchigen Trainingsprogramm profitiert.

Durch einen explorativen Umgang mit seinem Körper konnten brachliegende Fähigkeiten wiederbelebt und eine gesundheitsfördernde Eigenkompetenz entwickelt werden. Er ist gut motiviert, die erlernten Verhaltensveränderungen zukünftig in einem aktiveren Lebensstil zu integrieren.

Psychologische Therapie: Herr T. nahm sehr interessiert an den Gruppengesprächen teil. Besondere Bedeutung hatte dabei der Wiederaufbau von Vertrauen in die eigenen körperlichen Möglichkeiten. Hierbei spielte die Erarbeitung eines vertieften Verständnisses für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von chronischen Rückenschmerzen mit Hilfe von ausführlichen Informationen eine wichtige Rolle, sowie die Reflexion der bisherigen, z.T. ineffektiven Bewältigungsstrategien. Dabei wurde deutlich, dass der Patient zumeist versuchte hatte, eine Auseinandersetzung mit der Symptomatik zu vermeiden, was jedoch zu dem gegenteiligen Effekt führte, dass er sich vermehrt gedanklich damit beschäftigte und sich so immer wieder in Grübelkreise manövrierte.

Entwicklung im beruflichen Bereich: Herr T. ist gelernter Schreinermeister und war u.a. selbständig. Vor 1½ Jahren ist er mit der eigenen Firma in Konkurs gegangen, seither läuft ein privates Insolvenzverfahren. Seit einem Jahr ist er als Schreinermeister bei einer 20-Personen Firma beschäftigt, wobei er überwiegend Bürotätigkeiten ausübt. Er gibt eine hohe Arbeitszufriedenheit an. Als jüngster Mitarbeiter in der Planungsabteilung, mit guten PC-Kenntnissen und „gutem Draht zum Chef“, habe er viele Freiheiten. Nachteilig sei der lange Fahrtweg von 70 km. Eine akute Arbeitsplatzbedrohung aufgrund der seit 10.01.02 bestehenden Arbeitsunfähigkeit befürchte er nicht.

Im Verlaufe des Programms wurde eine gestufte berufliche Wiedereingliederung geplant, die konkrete Vereinbarung mit dem Arbeitgeber gestaltete sich jedoch zunächst schwierig.

Beim Nachuntersuchungstermin berichtete Herr T., dass er mit der gestuften Wiedereingliederung begonnen habe und diese nach anfänglichen Schwierigkeiten mit Kollegen und Vorgesetzten zunehmend positiv verlaufe. Die zeitweise auftretenden Schmerzen stellten derzeit keine wesentliche Beeinträchtigung mehr da, ein zusätzlich montiertes Stehpult bringe weitere Erleichterung.

Zusammenfassung und weiteres Procedere: Beim Abschlussuntersuchungstermin (10 Tage nach Behandlungsende) berichtet Herr T., dass er sich seit der 4-wöchigen Therapiemaßnahme wieder deutlich besser fühle. Es sei ein sehr schönes Gefühl, sich wieder „normal“ bewegen zu können. Besonders hilfreich seien für ihn der Sport, das Krafttraining, der Zusammenhalt in der Gruppe und die Entspannungsverfahren gewesen.

Auch aus therapeutischer Sicht profitierte der Patient sehr gut von der Behandlung. Vor allem das Wiedererleben der eigenen körperlichen Belastbarkeit und der Freude an Bewegung, verbunden mit gezielten Informationen, führten zu einer deutlichen Besserung.

Die deutliche Verringerung seines Angst- und Vermeidungsverhaltens und die Veränderung der zuvor vorherrschenden katastrophisierenden kognitiven Bewertung der Schmerzen bewirken, dass er jetzt deutlich gelassener mit gelegentlich noch auftretenden Schmerzen umgehen kann. So gelang es ihm auch, zwei in der Zwischenzeit aufgetretene Schmerzrezidive eigenständig mit den erlernten Techniken in kurzer Zeit zu überwinden.

Bei einer Fortführung der begonnenen Ansätze, sowohl im sportlichen als auch im kognitiven Bereich, ist von einer positiven Prognose auszugehen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. J. Hildebrandt

Dipl.-Psych. Andrea Wendt

Interaktionsverhalten in GRIP / Gruppengespräche:

Herr T. nahm immer wieder sehr interessiert an den Gruppengesprächen teil. Besondere Bedeutung hatte der Wiederaufbau von Vertrauen in die eigenen körperlichen Möglichkeiten, Hierbei spielte die Erarbeitung eines vertieften Verständnisses für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von chron. Rückenschmerzen mit Hilfe von ausführlichen Informationen eine wichtige Rolle, sowie die Reflexion des bisherigen Copings. Dabei wurde deutlich, dass Herr T. zumeist versuchte, eine Auseinandersetzung mit der Symptomatik auf jeden Fall zu vermeiden, was jedoch zu dem gegenteiligen Effekt führte, dass er sich vermehrt gedanklich damit beschäftigte und sich so immer wieder in Grübelkreise manövrierte. Durch die intensive Informationsvermittlung und die positiven Erfahrungen bei der Konfrontation mit zuvor vermiedenen Aktivitäten konnte eine deutliche Verringerung des Angst-Vermeidungsverhaltens erreicht werden.

In diesem Zusammenhang konnte weiterhin durch eine gezielte kognitiv-verhaltenstherapeutische Arbeit eine Veränderung der zuvor ängstlich-katastrophisierenden Bewertungen der Schmerzen erreicht werden und funktionalere kognitive Muster entwickelt werden.

Das durch die hohe Leistungsorientierung und das deutliche Ärgerpotential erhöhte Anspannungsniveau konnte mit Hilfe des erlernten Entspannungsverfahrens verringert werden und Herr T. erhielt damit ein eigenverantwortliches Mittel zur Beeinflussung eigener Spannungszustände.

Patientenbewertung / (subjektive) Veränderungsmessung:

	nach Therapie
Veränderung der Schmerzintensität	Schwächer
Schmerz-Erträglichkeit	Besser zu ertragen
körperliches Befinden	Deutlich gebessert
seelisches Befinden	Deutlich gebessert
Behandlungserfolg	Sehr gut
%-uale Verbesserung	80%

Fragebogen: Prae-/Post-Vergleich

	nach Therapie	nach 3 Monaten
Schmerzintensität (Ø - max - akt.)	7-9-7	1-3-0
Schmerzauftrittensart	andauernd + Anfälle	anfallsweise, sonst schmerzfrei
Schmerzqualität (A:S) (max: 56:40)	25:19	14:12

Bzgl. der Bewertung der Schmerzlinderung ist festzustellen, dass sich Globalbewertung des Patienten und Fragebogenergebnisse sehr gut zur Deckung bringen lassen. Die Schmerzintensität wird nach dem Programm verbal als schwächer eingeschätzt und sowohl körperliches wie auch seelisches Befinden hätten sich deutlich gebessert. Der Behandlungserfolg wird vom Patienten global als sehr gut beurteilt. Dies entspricht der NRS-Messung, wobei sich der durchschnittliche Wert von NRS 7 auf NRS 1 reduziert. Der vormals andauernde Schmerz trete nur noch anfallsweise auf. In der qualitativen Schmerzbeschreibung ist ein sehr guter Rückgang des affektiven Wertes zu beobachten.

Beeinträchtigung / emot./kogn. Faktoren	vor Therapie	nach Therapie
FFbH-R (Fkt.-kapazität) (0-100 %)	58,3%	91,7%
PDI (Summe) (max. 70, crit. >44 !)	47	5
Depressivitäts-Skala ADS (>23 !)	11	4
FABQ (Summe) (max. 90):	50	8
- Aktivität (max. 30)	16	0
- Verursachung Arbeit (max. 30)	18	6
- Prognostik Arbeit (max. 30)	16	2
Besonderheiten Fragebogen:		

Die subjektiv erlebte Funktionskapazität (FFBH) steigert sich von ca. 58% vor Beginn der Behandlung auf nahezu 92% nach Behandlung. Der Wert der erlebten Beeinträchtigung (PDI) sinkt von einem erhöhten Wert von 47 Punkten auf nur noch 5 Punkte, die vor allem im Bereich berufliche Aktivität zum Tragen kommen.

Der Depressions-Testwert war bereits vor Programm im unauffälligen Bereich gewesen und reduziert sich nach Behandlung noch einmal.

Auch die Angst-Vermeidungseinstellungen in Bezug auf en Zusammenhang von Rückenschmerz und Aktivität / Arbeitsplatz (FABQ) reduzieren sich nach der Behandlung erheblich.

Entwicklung im beruflichen Bereich:

Im Verlaufe des Programms wurde eine gestufte Wiedereingliederung geplant (von zunächst 3 Std./täglich jeweils über 5 Std./täglich nach drei Monaten wieder volle Arbeitszeit von 8 Std./täglich). Die konkreten Verhandlungen mit dem Arbeitgeber über die gestufte Wiedereingliederung gestalteten sich zunächst schwierig und wurden im Rahmen der Gespräche bearbeitet. Beim Nachuntersuchungstermin berichtete Herr T., dass er mit der gestuften Wiedereingliederung begonnen habe und diese nach anfänglichen Schwierigkeiten (mit den Kollegen und Vorgesetzten) zunehmend positiv verlaufe. Die zeitweise auftretenden Schmerzen stellten derzeit keine wesentliche Beeinträchtigung mehr da, ein zusätzlich montiertes Stehpult bringe weitere Erleichterung.

Zusammenfassung und ggf. weiteres Procedere:

Beim Nachuntersuchungstermin berichtet Herr T., dass er sich seit der Behandlung wieder deutlich besser fühle, „es sei ein sehr schönes Gefühl, sich wieder normal bewegen zu können“. Besonders hilfreich seien für ihn der Sport, das Krafttraining, der Zusammenhalt in der Gruppe und die Entspannungsverfahren gewesen.

Auch aus therapeutischer Sicht profitierte Herr T. sehr gut von dem Behandlungsprogramm, vor allem der Abbau der zuvor bestehenden Bewegungsängste durch gezielte Informationsvermittlung und positive Erfahrungen mit körperlicher Aktivierung. Das Wiedererleben der eigenen körperlichen Belastbarkeit und Freude an Bewegung wirkten sich sehr positiv aus. Auch konnte das Angst-Vermeidungsverhalten deutlich verringert werden und die zuvor vorherrschende katasrophisierende kognitive Bewertung der Schmerzen verändert werden, so dass Herr T. jetzt deutlich gelassener mit gelegentlich noch auftretenden Schmerzen umgehen kann. So gelang es ihm auch, zwei in der Zwischenzeit auftretende Schmerzrezidive eigenständig mit den erlernten Techniken in kurzer Zeit zu überwinden.

Bei einer Fortführung der begonnenen Ansätze, sowohl im sportlichen Bereich als auch im kognitiven ist von einer positiven Prognose auszugehen.

Patientenbewertung / (subjektive) Veränderungsmessung:

	nach Therapie	nach 3 Monaten
Veränderung der Schmerzintensität	Schwächer	Schwächer
Schmerz-Erträglichkeit	Besser zu ertragen	Besser zu ertragen
körperliches Befinden	Deutlich gebessert	Deutlich gebessert
seelisches Befinden	Deutlich gebessert	Deutlich gebessert
Behandlungserfolg	Sehr gut	Sehr gut
%-uale Verbesserung	80%	65%

Fragebogen: Prae-/Post-Vergleich

	vor Therapie	nach Therapie	nach 3 Monaten
Schmerzintensität (Ø - max - akt.)	7-9-7	1-3-0	3-7-3
Schmerzauftrittensart	Dauernd + Anfälle	Anfallsweise, sonst schmerzfrei	Anfallsweise sonst schmerzfrei
Schmerzqualität (A:S) (max: 56:40)	25:19	14:12	17:14

Die subjektiven Angaben zur Schmerzintensität stiegen nach 2 Monaten wieder leicht an, was Herr T. in Zusammenhang mit der Wiederaufnahme der beruflichen Aktivität sieht und noch nicht angebrachten ergonomischen Erleichterungen. Die Schmerzen hätten jedoch deutlich an Bedeutung verloren, was sich auch in den weitgehend stabil gebliebenen Werten der affektiven Schmerzbeschreibung wieder spiegelt.

Gesamteinschätzung des Pat.: Er sei insgesamt ruhiger geworden und die Schmerzen könne er gut bewältigen. 2 Rückfälle habe er mit den erlernten Strategien gut bewältigt.

Beeinträchtigung / emot./kogn. Faktoren	vor Therapie	nach Therapie	nach 3 Monaten
FFbH-R (Fkt.-kapazität) (0-100 %)	58,3%	91,7%	83%
PDI (Summe) (max. 70, crit. >44 !)	47	5	6
Depressivitäts-Skala ADS (>23 !)	11	4	4
FABQ (Summe) (max. 90):	50	8	15
- Aktivität (max. 30)	16	0	5
- Verursachung Arbeit (max. 30)	18	6	10
- Prognostik Arbeit (max. 30)	16	2	1
Besonderheiten Fragebogen:			

Beruflicher Bereich: Die Wiedereingliederung an den AP läuft noch. Nach anfänglichen Schwierigkeiten mit Kollegen, die in der Zwischenzeit interessante Aufgaben von ihm übernommen hatten, konnte er den zuvor bestehenden positiven Kontakt zu den Kollegen wieder aufbauen. Es treten jedoch durch das lange Sitzen an Schreibtisch und PC vermehrt Rückenschmerzen auf, die Herr T. durch vermehrtes Aufstehen und gezielte Übungen günstig beeinflussen kann. Der Wunsch nach einem ergonomisch an seine Körpergröße (194 cm) angepassten Schreibtisch wurde bisher von seinem Chef abgelehnt. Auch in diesem Zusammenhang zeigte sich wieder das individuell hohe Ärgerpotential, da Herr T. versuchte, seinen Chef zu zwingen, ihm eine ergonomische Schreibtischerhöhung zu ermöglichen. Im therapeutischen Gespräch mit der Erinnerung an die im Gruppenkontext erarbeiteten gesteigerten Problemlösungskompetenzen entschied sich Herr T., dass es im Interesse einer raschen Lösung sinnvoller sei, sich selber darum zu kümmern und entsprechende Wege wurden besprochen.

Insgesamt bestehe jedoch weiterhin ein positives Verhältnis zu seinem Chef und es seien ihm weitere verantwortungsvolle Aufgaben in Aussicht gestellt worden.

Freizeit- und privater Bereich: Herr T. setzte sein – im Programm gefasstes – Vorhaben um und trainiert mind. 2x wöchentlich in einem Fitness-Studio, meistens zusammen mit der Lebensgefährtin. Weiterhin fährt er regelmäßig intensiv Fahrrad (Mountain-Bike).

Therapeutische Abschluss-Einschätzung: Es ist eine positive Entwicklung sowohl im beruflichen als auch privaten Bereich zu erkennen. Dies betrifft die Weiterführung der wiederaufgenommenen Aktivitäten im sozialen Bereich, die konsequente Durchführung (mit viel Freude) der geplanten körperlichen Aktivitäten und die Wiedereingliederung in den beruflichen Bereich. Einzig bedenklich stimmender Punkt ist die im Rahmen einer unangemessenen Ärgerreaktion stehende Fokussierung auf die AP-Umgestaltung. In diesem Zusammenhang besteht durchaus die Gefahr, dass die Rückenschmerzen instrumentelle Funktion bekommen und ein Mittel in der Auseinandersetzung mit dem Chef werden. Daher Herrn T. empfohlen, weniger auf die Einsicht des Chefs zu fokussieren (und sich zu ärgern, dass diese nicht einsetzt) sondern selber aktiv zu werden.