

Presseinformation
27.03.08



Dr. Susanne Bleich
Pressesprecherin
Schäferkampsallee 16
20357 Hamburg
Telefon 0 40 / 4 15 35 - 2 16
Telefax 0 40 / 4 15 35 - 3 40
E-Mail: presse@hmk.info
Internet:
<http://www.hamburgmuenchener.de>

Fachtagung und Informationstag zu chronischen Rückenschmerzen

Rückenerkrankungen verursachen jährlich Millionen von Krankschreibungen, ein großer Teil aller Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten ist darauf zurückzuführen. Die Gesamtkosten von Rückenerkrankungen summieren sich nach Schätzungen auf 15 - 20 Milliarden Euro pro Jahr.

Rückenschmerzen sind zu einer richtiggehenden "Volkskrankheit" geworden. In Deutschland macht fast jeder Mensch mindestens einmal im Leben damit Bekanntschaft. Viele leiden hin und wieder darunter, bei anderen sind sie chronisch geworden.

Forschung und Wissenschaft befassen sich häufig mit akutmedizinischen Fragen, und folgerichtig spielt sich auch der medizinische Fortschritt eher in diesem Bereich ab. Doch zwei Drittel der Betroffenen sind chronisch krank. Ihre Versorgung verdient ebenfalls die nötige Beachtung.

Die Hamburg Münchener Krankenkasse hat mit dem Therapiezentrum Koblenz und dem Medizinischen Versorgungszentrum Koblenz einen integrierten Versorgungsvertrag für die Schmerztherapie abgeschlossen. Versicherte im Koblenzer Raum mit chronischen Rückenschmerzen, aber auch mit chronischen Spannungskopfschmerzen, Migräne und Fibromyalgie erhalten das gesamte Therapieangebot aus einer Hand unter einem Dach. Dabei geht es um

- aktivieren statt betäuben
- alltagstaugliche Belastbarkeit und Hilfe zur Selbsthilfe statt Schmerzbetäubung
- mehr Lebensqualität und erfolgreiche Wiedereingliederung statt Schmerzreduktion

Das ist neu und zukunftsweisend.

Um die Optimierung der Versorgung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen geht es auf einer

**Fachtagung am Samstag, d. 5. April 2008, von 11 bis ca. 15:30 Uhr
im Therapiezentrum Koblenz, Emil-Schüller-Straße 23-29, 56068 Koblenz.**

Parallel dazu findet an gleicher Stelle ein

Informationstag für Patienten und Angehörige am 5. April von 9 bis 12 Uhr

statt. Die Fachtagung richtet sich an Ärzte, der Informationstag an interessierte Laien. Anmeldung unter Tel. (0 61 31) 14 08-444. Die Teilnahme ist kostenlos.

Hamburg Münchener Krankenkasse: Ihre Gesundheit in besten Händen

Hamburg Münchener Krankenkasse - eine der großen deutschen Krankenkassen. Rund 300.000 Versicherte vertrauen ihr. Betreut werden sie in ca. 100 Geschäftsstellen. Von der Vorsorge bei Risikoschwangerschaften bis zur Sturzprophylaxe bei Osteoporose umspannen die Vorsorge-Programme der Hamburg Münchener sämtliche Altersklassen.

Ansprechpartner für die Presse:

Dr. Susanne Bleich, Telefon 0 40 / 4 15 35-216, E-Mail presse@hmk.info

Versicherte der Hamburg Münchener im Großraum Koblenz haben jetzt die Möglichkeit, an einer speziellen **SCHMERZTHERAPIE** teilzunehmen.

Schmerz, lass nach!

Migräne, Fibromyalgie, Spannungskopfschmerzen oder Rückenschmerzen – es gibt wohl kaum Krankheiten, die den Namen „Volkskrankheit“ so sehr verdienen. In den Industrienationen macht fast jeder Mensch mindestens einmal im Leben damit Bekanntheit. Viele leiden häufiger darunter, bei anderen sind sie zum ständigen Begleiter, sie

sind chronisch geworden. Knöcherner Verschleiß der Wirbelsäule wird häufig völlig zu Unrecht als Ursache für Rückenschmerzen gedeutet. Durch unsere Lebensweise bewegen wir unseren Rücken entweder zu wenig oder falsch. Eine ungeschickte, plötzliche Bewegung, Bewegungsmangel, Fehlbelastungen, Übergewicht oder psychische

Belastungen führen zu schmerzhaften Verspannungen der Rückenmuskulatur. Durch die Schonhaltung in Folge des Schmerzes werden die Beschwerden noch verstärkt. So entsteht ein Teufelskreis, der die Schmerzen immer weiter verschlimmert. Rückenerkrankungen verursachen jährlich Millionen von Krankschreibungen, ein großer Teil aller Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten ist darauf zurückzuführen. Sie bedeuten Leiden und beeinträchtigen die Lebensqualität.

An wen richtet sich das Angebot „Schmerztherapie Koblenz“?

Die integrierte Versorgung „Schmerztherapie Koblenz“ richtet sich an Versicherte der Hamburg Münchener mit chronischen Schmerzerkrankungen wie Rückenschmerzen, Spannungskopfschmerzen, Migräne und Fibromyalgie, die aufgrund dieser Erkrankung bereits längerfristig oder wiederholt krankgeschrieben waren, die deshalb bereits erfolglos im Krankenhaus behandelt wurden oder in ambulanter bzw. stationärer Rehabilitation waren. **Zurzeit ist das Projekt auf die Region Koblenz beschränkt**, damit die Patienten während der intensiven mehrwöchigen Therapie täglich oder mehrmals wöchentlich, je nach Therapieangebot und Erkrankung, an den Behandlungen im Therapiezentrum Koblenz bzw. dem Medizinischen Versorgungszentrum Koblenz teilnehmen können. Ob eine Teilnahme für Sie möglich und sinnvoll ist, kann abschließend nur im Einzelfall nach gründlicher Voruntersuchung und Bewertung aller Befunde in Zusammenarbeit zwischen dem MVZ Koblenz und Ihrem Regionalzentrum beurteilt werden.

Weitere Informationen dazu gibt es unter **01802-00 12 34** (6 Cent pro Gespräch Festnetz/Inland).

Das Projekt soll bereits in naher Zukunft ausgeweitet werden.



Dr. Bernhard Kügelgen
Leitender Arzt des Therapiezentrums und Direktor des Medizinischen Versorgungszentrums Koblenz



Ingrid Tronschel
Mitarbeiterin des Medizinischen Kompetenzzentrums der Hamburg Münchener. Sie betreut das Projekt. Fragen dazu beantwortet sie gern unter **040-415 35-331**.



Hat das Schmerzprojekt Koblenz initiiert:
Dipl. Verwaltungswirt Harry Fuchs, Sozialrechtsexperte, Berater der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der behinderten Menschen und Mitglied des Verwaltungsrates der Hamburg Münchener. „Chronisch Kranke bedürfen ganz besonderer Angebote. Ich freue mich deshalb, dass die Hamburg Münchener hier als Vorreiter ein Projekt startet, das vielen Menschen helfen wird.“

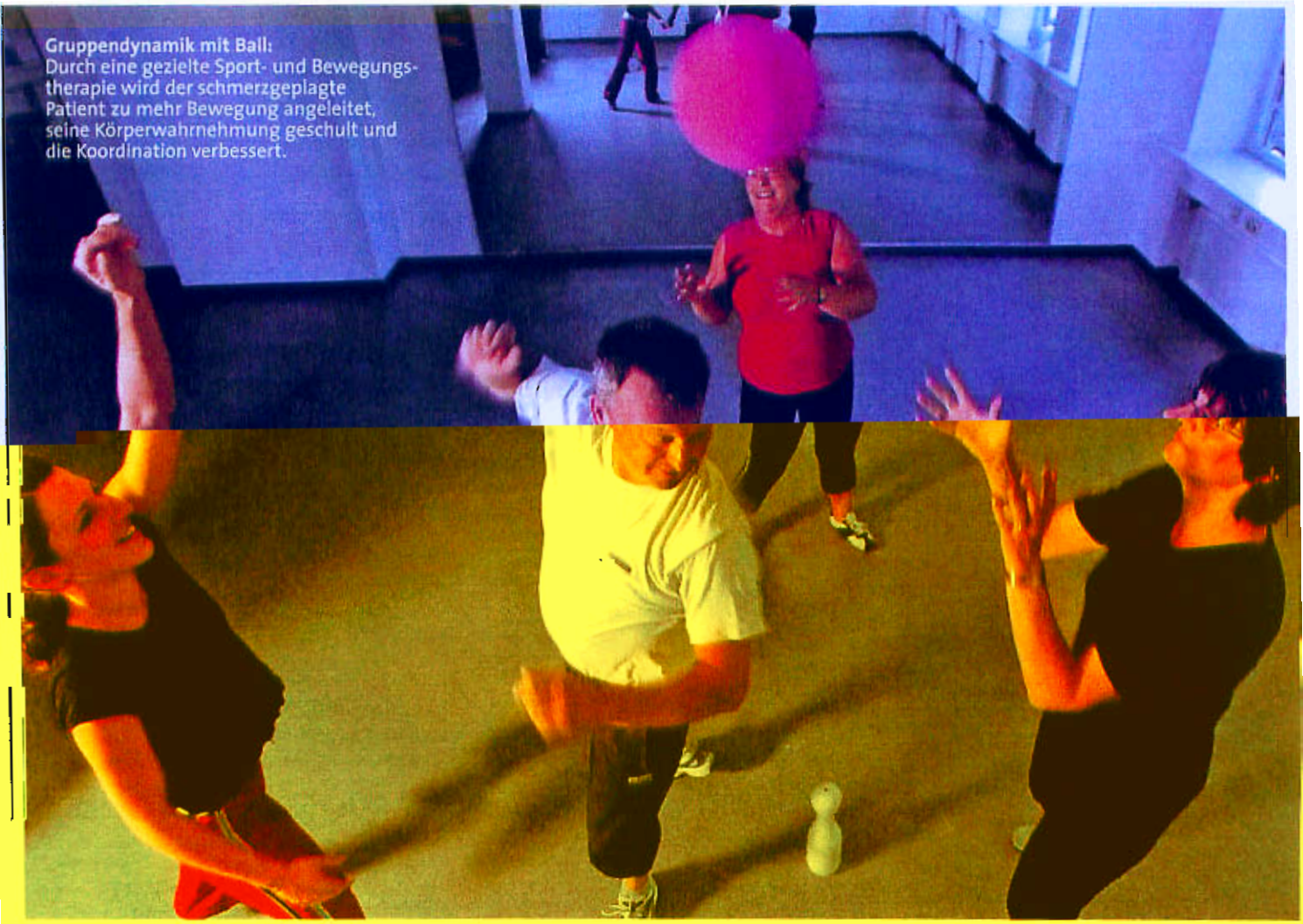
Die Hamburg Münchener hat deshalb einen integrierten Versorgungsvertrag für die Schmerztherapie mit dem Medizinischen Versorgungszentrum Koblenz (MVZ) und dem Therapiezentrum Koblenz abgeschlossen. Für Versicherte im Koblenzer Raum mit chronischen Schmerzerkrankungen wie Rückenschmerzen, Spannungskopfschmerzen, Migräne und Fibromyalgie gibt es damit ein neues, differenziertes und umfassendes Therapieangebot.

GESUND hat mit Dr. Bernhard Kügelgen, Schmerztherapeut und leitender Arzt der Koblenzer Vertragspartner, über das neue Angebot gesprochen.

GESUND: Rückenschmerzen, Spannungskopfschmerzen, Migräne und Fibromyalgie gelten als „Volkskrankheiten“. Viele Versicherte leiden darunter, häufig kommt es zu chronischen Leiden. Die Patienten werden oft über Jahre behandelt, ohne dass sich wirklich etwas bessert. Was ist das Besondere an Ihrem Behandlungskonzept?

Dr. Bernhard Kügelgen: Es ist ein grundlegendes Problem unseres Gesundheitssystems, dass Forschung und Wissenschaft und auch medizinischer Fortschritt sich ganz wesentlich im sogenannten akutmedizinischen Bereich abspielen. Chronisch Kranke, die auf der Kostenscife immerhin zwei Drittel aller Ausgaben verursachen, finden viel zu wenig Beachtung. Dabei sind erstaunliche Erfolge möglich, wenn die Unterschiede bekannt sind und beachtet

Gruppendynamik mit Ball:
Durch eine gezielte Sport- und Bewegungstherapie wird der schmerzgeplagte Patient zu mehr Bewegung angeleitet, seine Körperwahrnehmung geschult und die Koordination verbessert.



werden. Der chronisch Kranke, und dazu zählt auch der chronisch Schmerzkranken, hat nicht eine möglichst rasche und vollständige Heilung zum Ziel, sondern die Verringerung der Krankheitsfolgen. Er möchte trotz der Krankheit seinen Lebensentwurf so weit wie möglich umsetzen. Wir sprechen heute von verbesserter Lebensqualität und vermehrter Teilhabe. Gerade für die genannten Gruppen von Schmerzkranken lassen sich diese Therapieziele in einem hohen Grade erreichen, aber nicht durch Operationen oder Betäuben.

GESUND: Was können Sie als Spezialist leisten, was in der bisherigen Versorgung nicht gegeben war?

Dr. Bernhard Kügelgen: Unsere Therapieziele sind verbesserte Lebensqualität, alltagstaugliche Belastbarkeit und vor allem Hilfe zur Selbsthilfe. Sie setzen eine umfassende, ganzheitliche, daneben aber auch individuelle Behandlung voraus, wie sie die normale

Versorgung weder ambulant noch im Krankenhaus noch in der Rehabilitation vorsieht. Schmerzen sind nicht mehr Schicksal, sondern Herausforderung. Die meisten Betroffenen kennen diese Art der Behandlung kaum. Viele haben bereits Angst, wenn sie sich nur vorstellen, auch einmal mit weniger Medikamenten auskommen zu können.

GESUND: Was erwartet den Versicherten der Hamburg Münchener im Medizinischen Versorgungszentrum bzw. im Therapiezentrum Koblenz?

Dr. Bernhard Kügelgen: Ein mit chronischen Schmerzpatienten sehr erfahrenes Team, eine individuelle Rehabilitation bei einer überschaubaren Patientenzahl, ein ganzheitlicher umfassender Therapieansatz, moderne, wissenschaftlich abgesicherte Konzepte, eine Tagesklinik in der Stadtmitte von Koblenz mit persönlichem Freiraum am Abend und am Wochenende bei hohem Freizeitwert und wunderschöner Lage.



Kontrolle ist gut, mitmachen auch:
Bei chronischen Schmerzen ist passives Verhalten der falsche Weg. Dafür ist Bewegung alles: An speziellen Belastungsgeräten werden unterschiedliche Muskelgruppen des Patienten geschult.

Grußwort Dieter Baltzer, Vorstand der Hamburg Münchener

„Es ist göttlich, den Schmerz zu lindern“. Das erkannte schon im zweiten Jahrhundert nach Christus der römische Arzt Galenus von Pergamon. Der kaiserliche Hofarzt hatte mit Substanzen wie Efeu und Myrrhe bei seinen Patienten Erfolge in der Schmerztherapie erzielt.

Heute stehen weitaus wirksamere Möglichkeiten zur Verfügung. Von modernen Diagnose- und Therapieverfahren profitieren heute Millionen von chronischen Schmerzpatienten. Geschätzt sind es fünf- bis acht Millionen Menschen in Deutschland, die behandlungsbedürftige Dauerschmerzen haben. Neben Kopf-, Nerven- und Tumorschmerzen ist es vor allem der chronische Rückenschmerz, der zu erheblichen körperlichen und sozialen Beeinträchtigungen führt.

Als Thema der Tagung haben wir die „Optimierte Versorgung von Patienten mit chronischem Rückenschmerz“ gewählt. Warum gerade dieses Thema?

Der Rückenschmerz – in unterschiedlicher Ausprägung kennen wir ihn sicher alle. Behandlungsbedürftige und chronifizierte Rückenschmerzen sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Sie beeinträchtigen die Leistungsfähigkeit, verursachen jährlich Millionen von Krankschreibungen. Statistisch fehlt jeder Arbeitnehmer 3,5 Tage pro Jahr aufgrund von Rückenschmerzen an seinem Arbeitsplatz. Mit einem Anteil von rund 30% ist diese Diagnose der häufigste Grund für Rehabilitationsmaßnahmen. Ebenso ist ein großer Teil aller Erwerbsminderungsrenten darauf zurückzuführen.

Die Chronifizierung von Schmerzen und die daraus resultierende Invalidisierung sind für hohe, krankheitsbedingte Kosten verantwortlich. Sie liegen in Deutschland bei geschätzten 15 bis 20 Mrd. Euro pro Jahr. Für die Betroffenen bedeuten sie häufig einen langen Leidensweg mit einer Beeinträchtigung der Lebensqualität und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, für das Gesundheitssystem bringen sie damit eine immense ökonomische Belastung.

Das wichtigste Ziel der Hamburg Münchener ist es, die Gesundheit ihrer Versicherten zu erhalten und zu verbessern. Die Hamburg Münchener Krankenkasse ist davon überzeugt, dass innovative Versorgungskonzepte die Wirksamkeit der Therapieabläufe optimieren können. Wegweisend für eine patienten- und problemgerechte Versorgung sind dabei die Möglichkeiten der Integrierten Versorgung, die wir auch hier einsetzen können.

Von Beginn an, also seit Anfang 2004, nutzt die Hamburg Münchener die neuen Spielräume, um die medizinische Behandlung für ihre Versicherten zu verbessern. Wir haben seitdem mehr als 150 Verträge zur Integrierten Versorgung mit Krankenhäusern, Ärzten und Reha-Einrichtungen geschlossen – und es kommen weitere hinzu. Die Hamburg Münchener sieht in solchen Behandlungsnetzwerken die Medizinorganisation der Zukunft.

Verträge zur Integrierten Versorgung bieten Lösungen an für eine inhaltlich neuartige und notwendige Kooperation zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern, Ärzten und Reha-Einrichtungen.

Seit über einem Jahr sind wir Vertragspartner des Medizinischen Versorgungszentrums Koblenz und des Therapiezentrums Koblenz. Aus dieser erfolgreich angelaufenen Zusammenarbeit ist die Idee zu unserer heutigen Veranstaltung entstanden.

Auf hohem medizinischen Niveau wird hier eine aufeinander abgestimmte Versorgung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen sichergestellt. Grundlage ist ein Therapiekonzept, das dem Ziel dient, die gewohnte Belastbarkeit im Alltag und damit die Lebensqualität wieder herzustellen. Der Behandlungsansatz ist multimodal: von körperlichen Behandlungsmethoden über die psychologische Schmerztherapie bis hin zu Patientenschulungen. Speziell ausgebildete Fallmanager koordinieren die Abläufe im Sinne eines bestmöglichen Therapieerfolgs. Eine Nachsorgephase von bis zu einem Jahr rundet das Konzept ab.

Wir sind überzeugt, mit diesem Versorgungszugang vielen chronisch kranken Menschen helfen zu können, die oftmals bereits eine lange Leidensgeschichte und viele wenig erfolgreichen Therapieversuche hinter sich haben.

Genau darum geht es der Hamburg Münchener. Wir möchten unsere Versicherten an den neuesten Erkenntnissen auf medizinischem und psychosomatischem Gebiet partizipieren lassen und ihnen Behandlungskonzepte anbieten, die in einem engen Zusammenspiel aller Beteiligten entwickelt werden und qualitätsorientierte und wirksame Wege in der Therapie chronischer Schmerzpatienten aufzeigen.

Das ist das Ziel unserer Fachtagung.

30 Jahre Schmerztherapie in Deutschland

Abstract von R. Fabian

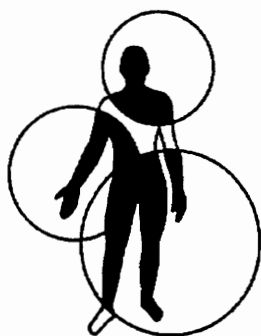
Über einen Zeitraum von mehr als 30 Jahren hat sich in Deutschland in unterschiedlicher Ausprägung und in zahlreichen Organisationsformen die Therapie von Schmerzen zu einer vermeintlichen eigenständigen klinischen Disziplin entwickelt. War anfangs die Behandlung von Schmerzen allen Ärzten selbstverständlicher Bestandteil ihres jeweiligen Fachgebietes, so erwuchs im Laufe der Zeit der Ruf nach mehr Expertise in der Schmerzbehandlung und einige erhoben den chronischen Schmerz zur eigenständigen Schmerzkrankheit und forderten folglich den Facharzt für Schmerztherapie.

Die „Schmerzbranche“ kapselte sich immer mehr von den Wandlungen im Medizinsystem ab, schmorte im eigenen Saft und entwickelte kaum überzeugende Konzepte für eine sektorübergreifende, interdisziplinäre Schmerztherapie, die auch wirtschaftlich zukunftsfähig sein kann. Vielmehr reduzieren sich derzeit die Bemühungen – zunehmend vom Einfluss der Pharmaindustrie geprägt – dem chronischen Schmerz mittels ausgeklügelten medikamentösen Konzepten beizukommen. Häufig vergebens.

Es ist an der Zeit diese Entwicklung mit einigem Abstand zu betrachten, Lehren daraus zu ziehen und Konzepte für die Schmerztherapie der Zukunft zu entwickeln statt ständig um die Zukunft der Schmerztherapie zu fürchten. Die nach wie vor große Zahl der Schmerzpatienten in Deutschland brauchen echte Hilfe und die Chance auf eine weitestgehende Teilhabe am täglichen Leben.

Der Koblenzer Vortrag zieht Bilanz über das, was war, räumt mit überkommenen Mythen auf und gibt Ausblick auf einen fälligen Wandel in der Betrachtungsweise des chronischen Schmerzes und der damit verbundenen Reorganisation der Schmerztherapie.

R. Fabian
Grünendeich, 27.03.08



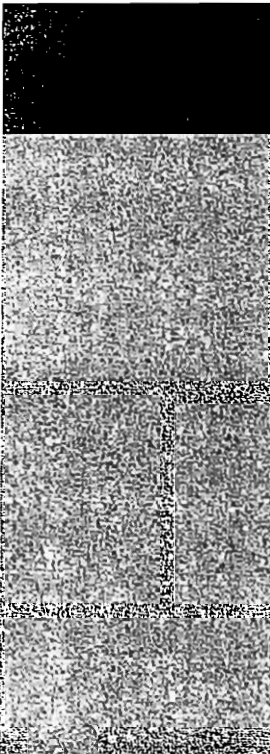
Zur Person:

Rüdiger Max Fabian

geb. 29.07.1957 in Herne

1976 Abitur





1999—2001 elected Council-Member of the WHA (World Headache Alliance), GB, director of the charity according to the British Law

1999 –2001 Delegierter der DGSS (Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes) bei der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

2000—2005 offiziell akreditierter deutscher Beobachter bei der WHO, Genf, in der Sektion Neuro-Sciences

Seit 2000 Koordinator des Deutschen Kopfschmerztages

2000-2004 Mitglied der Kommission für Satzungs- und Geschäftsordnungsfragen der DGSS (Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes)

2000-2004 Vertreter der DGSS (Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes) bei der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS)



2001 Chairman of the official lay-track of "Liberty from Headache – 2001 IHS (International Headache Society) International Conference New York

Seit 2001 Gründungsmitglied und Schatzmeister der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V., dem Dachverband der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS), der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. (DMKG), der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V. (DGPSF) und der Deutschen Schmerzhilfe e.V. (DSH).

2002-2005 Mitglied des Steering Committee der European Headache Alliance (EHA), Belgien

Seit 2003 1. Vorsitzender und geschäftsführender Vorstand des LV Hamburg der Deutschen Schmerzhilfe e.V. (DSH)

Leitlinien für chronische Rückenschmerzen Jan Hildebrandt,

Im Dezember 1999 wurde von der Europäischen Kommission wegen der defizitären Versorgungslage eine Initiative zur Erstellung von **europäischen Leitlinien zum Management von unspezifischen Rückenschmerzen** mit dem Ziel einer Optimierung der Versorgung ergriffen (COST B13: www.backpaineurope.org).

Die Hauptziele dieser Initiative waren:

1. Europäische Leitlinien zur Prävention, Diagnose und Behandlung nichtspezifischer Rückenschmerzen zu entwickeln,
2. Einen evidenzbasierten Zugang durch Berücksichtigung von systematischen Reviews und existierenden Leitlinien zu sichern,
3. Einen multidisziplinären Ansatz zu verwirklichen und die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht nur innerhalb eines Landes, sondern auch innerhalb Europas zu gewährleisten,
4. Die Implementierung dieser Leitlinien in ganz Europa zu fördern.

Die Leitlinien teilen sich auf in Prävention, akute/subakute und chronische Rückenschmerzen

Chronischer Rückenschmerz

Bei chronischen Rückenschmerzen sind ebenso wie bei den akuten/subakuten nur wenige Therapieverfahren effektiv:

Starke Wirksamkeit in kontrollierten Studien:

- **Bewegungstherapie** (Krankengymnastik, Aerobic und Training zur Muskelfunktionsverbesserung) hier ist allerdings nicht klar, welche Therapie der anderen überlegen ist. In randomisierten Studien haben sich verschiedene Übungstherapien als gleichwertig erwiesen. Die Therapie soll dabei folgende Grundsätze beachten:
 1. Abbau von bewegungsbezogenem Angst- und Vermeidungsverhalten
 2. Vermittlung von positiven Bewegungs-Erfahrungen
 3. Hinführung zu vermehrter eigenständiger und selbstständig gesteuerter körperlicher Aktivität und damit verbunden
 4. Abbau von Bewegungsmangel- und /oder Rückenschmerzbedingten Dekonditionierungszuständen im Sinne einer Verbesserung der körperlichen Fitness
- **Kognitive Verhaltenstherapie**
- **Multidisziplinäre Programme** [1] . Je intensiver und länger die Programme sind, desto besser ist das Ergebnis. Wirksamer sind insbesondere Programme, die die Herstellung der Funktion zum Ziel haben (functional restoration). Multidisziplinäre Programme mit dem Ziel der Wiederherstellung von Funktion und Arbeitsfähigkeit sind insbesondere bei länger andauernden Rückenschmerzen mit komplizierenden (psychosozialen) Faktoren indiziert.

Mäßige Wirksamkeit in kontrollierten Studien:

- **Schmerzmedikamente:** nichtopioide Analgetika wie Paracetamol, NSAR (Diclofenac, Ibuprofen) und opioide Analgetika (Tramadol, Tilidin) und/oder Muskelrelaxantien für kurze Zeiträume
- **Antidepressiva**
- **Rückenschulen.** Je intensiver und aktiver die Schulen sind, desto besser ist das Ergebnis. Die besten Ergebnisse hat Rückenschulung, wenn sie in multidisziplinäre Therapie eingebettet ist.

Die Wirksamkeit von **Injektionen** (z.B. muskuläre Infiltration, Facettenblockaden Kortikoide lokal) ist unklar. Ein Effekt von **Orthesen** (Korsett, Bandagen), **aller physikalischen Therapieverfahren** wie Wärme- und Kälteanwendungen sowie Elektrotherapie, Bäder etc., **Akupunktur** und **TENS** konnte bisher **nicht nachgewiesen** werden und werden in den Europäischen Leitlinien **nicht empfohlen**. **Bettruhe** ist kontraindiziert.

Chirotherapie und Massage werden kontrovers diskutiert, sind aber allenfalls nur schwach wirksam.

Nach Abschluss der europäischen Leitlinie Ende 2004 wurden auf ihrer Basis sowohl die Leitlinien für Hausärzte als auch Leitlinien der Arzneimittel-Kommission der

[REDACTED]

deutsche Ärzteschaft (AKdÄ 2007) erstellt.

2007 wurde von der Bertelsmann-Stiftung ein evidenzbasiertes Konzept für die integrierte

[REDACTED]

Versorgung von Rückenschmerzen vorgestellt.

Im Augenblick entsteht durch Bundesärztekammer (BÄK), Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) und kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die **nationale Versorgungsleitlinie „Kreuzschmerz“** auf der Grundlage der europäischen Leitlinien, der Leitlinie der Arzneimittelkommission und der Hausärzte-Gesellschaft (DEGAM).

Prof. Dr.med. Jan Hildebrandt

Lebenslauf

1977 Gründung der Schmerzambulanz an der Universitätsklinik in Göttingen.

1987 Habilitation mit dem Thema „Klassifikation und Diagnose chronischer idiopathischer Rückenschmerzen“. 1989 Schwerpunktprofessur „Algesiologie“.

1990-2004 Durchführung mehrerer vom BMBF geförderte Projekte über Rückenschmerzen.

1993/94 Sabbatical am Department of Orthopedics und Spine Institute of New England der Universität von Vermont, USA.

Seit 1996 Mitglied der „International Society for the Study of the Lumbar Spine“.

Seit 1994 Koordinator einer Arbeitsgruppe „Kreuzschmerz“ des „Ärztlichen Sachverständigenbeirats für die Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung“ auf Veranlassung des BMG. Publikation dieser Leitlinien „Empfehlungen zur Therapie von Kreuzschmerzen“ durch die Arzneimittelkommission 1997, 2000 und 2007.

1999-2005 Chairman der Gruppe „Chronischer nichtspezifischer Rückenschmerz“ im Rahmen eines EU Projektes (COST B13).

2006 Publikation dieser europäischen Leitlinie in European Spine Journal.

2006 Mitgliedschaft in der Arzneimittelkommission.

Seit 2006 Beteiligung an der Entwicklung von Nationalen Versorgungsleitlinien „Kreuzschmerz“ durch das ÄZQ als Vertretung der Arzneimittelkommission.

Systematische Assessments und Therapie chronischer Rückenschmerzen in Form von EFL bzw. Work Conditioning und Work Hardening

Beatrice Jansen, Physiotherapeutin MSc, Teamleiterin Arbeitsorientierte Rehabilitation, Rehaklinik Bellikon (CH)
Dr. med. Michael Oliveri, Medizinischer Leiter Arbeitsorientierte Rehabilitation, Rehaklinik Bellikon (CH)

Kreuzschmerzen stellen in den industrialisierten Ländern ein gewichtiges Gesundheitsproblem dar. Sie verursachen eine erhebliche Verminderung der Lebensqualität¹, begleitet von hohen volkswirtschaftlichen Kosten². In Europa leidet jeder zehnte Erwachsene unter chronischen Rückenschmerzen. Von den betroffenen haben ca. 20 % aufgrund ihrer Beschwerden den Arbeitsplatz verloren und ein Drittel der noch Arbeitenden gibt an, dass die Beschwerden einen Einfluss auf ihre Arbeitsleistung haben³.

Ein wichtiges Ziel im Management von Patienten mit Kreuzschmerzen ist die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess⁴. Dies setzt eine genaue Beurteilung der verbleibenden arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit voraus.

In der überwiegenden Anzahl der Fälle (rund 85%) handelt es sich um so genannt unspezifische Kreuzschmerzen - das heißt es lassen sich keine pathoanatomischen Veränderungen feststellen, welche für die Entstehung der Schmerzen verantwortlich sind⁵. Auch wenn basierend auf der Interpretation von Röntgenbildern, klinischer Untersuchung und Laborresultate eine strukturelle Veränderung festgestellt wird, lassen sich daraus oft die arbeitsbezogenen Fähigkeiten und Defizite nicht ableiten⁶. In solchen Fällen wäre eine ergonomische Abklärung wie beispielsweise eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) nach den Testprinzipien von Isemhagen⁷ zu empfehlen⁸⁻¹⁰. Mittels 29 standardisierten funktionellen Leistungstests wie z.B. Heben, Tragen, Überkopparbeit, Leiter steigen, Handkraft und -koordination wird die Belastbarkeit für häufige physische Funktionen der Arbeit untersucht.

Das EFL System wurde 1991 in der Schweiz eingeführt und seit 1995 von der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (SAR) und der Schweizerischen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (SFPMR) als Standard-Messmethode für die arbeitsbezogene Leistungserprobung empfohlen.

Die EFL, eine standardisierte Befragung zu den Symptomen und Reha-Hindernissen^{11, 12}, eine Selbstbeurteilung der eigenen Leistungsfähigkeit, sowie die sich ergebende Differenz aus den ermittelten Fähigkeiten und den aktuellen physischen Anforderungen am Arbeitsplatz, bilden die Grundlage für die arbeitsorientierte Rehabilitation, die seit 1995 in der Rehaklinik Bellikon (CH) angeboten wird.

Das anschließende arbeitsorientierte Training basiert auf Erfahrungen von Work Hardening- und Work Conditioning Programmen, welche in den USA entwickelt wurden¹³⁻¹⁶. Work Conditioning ist ein trainingsorientiertes Programm, welches bei Patienten angewendet wird, die weniger Betreuung benötigen und/oder sich noch im Arbeitsprozess befinden. Im Unterschied dazu wird für Patienten mit komplexeren psychosozialen Problemen ein umfassenderes Training (Work Hardening) durchgeführt. Dieses beinhaltet ein straff geführtes interdisziplinäres Therapiemanagement mit ergänzenden psychologischen und beruflichen Maßnahmen (Dauer 4-8 Std/Tag). Intensive multidisziplinäre Rehabilitationsprogramme mit einem funktionsorientierten Ansatz bieten gemäß der aktuellen Literatur¹⁷⁻¹⁹ die besten Voraussetzungen um die funktionelle Leistungsfähigkeit zu verbessern und eine weitere Invalidisierung mit längerdauernder Arbeitsabsenz zu verhindern²⁰.

Ein weiteres wichtiges Element der arbeitsorientierten Rehabilitation ist eine ausführliche Erarbeitung von aktivitäts- und berufsorientierten Zielen²¹. Die Zielerreichung wird durch Schulung über den Umgang mit Schmerzen (oder anderen Symptomen) unterstützt und in allen Therapieeinheiten integriert²². Eine zentrale Rolle spielt dabei das kohärente Vorgehen innerhalb des multidisziplinär zusammengesetzten Teams.²³

Ferner besteht das Programm aus einem individuellen medizinischen Training welches spezifische Kraft-, Beweglichkeits- und funktionelle Defizite angeht, einem globalen Ausdauertraining, sowie Sport und Spielaktivitäten. Die im Vordergrund stehende Arbeitssimulationen und die Schulung von ergonomischen Arbeitstechniken bilden die wichtige Verbindung zur realen Arbeitssituation.

Weitere Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung (z.B. Berufsberatung, Arbeitspraktikum usw.) können je nach Indikation den Rehabilitationsprozess begleiten.

[The main body of the document is completely obscured by dense horizontal black lines, rendering all text illegible.]

Michael Oliveri

Geburtsdatum: 15.11.1949

Geschieden, 2 Kinder im Alter von 25 und 23 Jahren

1968 - 1975	Medizinstudium Universität Zürich. Staatsexamen 1975 in Zürich
1976 - 1986	Assistenzarzt in den Fachgebieten Chirurgie, Nephrologie, Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Geriatrie (Zürich)
1986 - 1987	Oberarzt Rheumatologie und Geriatrie (Zürich)
1987	Facharztanerkennung FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation
1988 - 1994	Leitender Arzt Rheumaklinik und Institut für Physikalische Therapie, Universitätsspital Zürich, sowie ärztlicher Leiter der Schule für Physiotherapie
Seit 1994	Medizinischer Leiter Rehaklinik Bellikon für den Bereich Arbeitsorientierte Rehabilitation

Seit 1991 Einführung des Assessmentsystems "Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit EFL" in der Schweiz, in Deutschland, Österreich, Litauen (zusammen mit therapeutischen EFL-Instruktoren), sowie Einführung arbeitsorientierter Rehabilitationsprogramme ("Work Hardening").

Leiter der Interessengemeinschaft Ergonomie der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation SAR, welche diese Programme vertritt und entsprechende Ausbildung durchführt.

Für die Arbeit im Bereich arbeitsorientierte Evaluation und Rehabilitation relevante Publikationen:

Oliveri M, Kopp HG, Läubli T: Die Bedeutung von körperlicher Aktivität und physischer Leistungsfähigkeit für die Prävention und Behandlung chronischer Rückenbeschwerden. Forschungsprojekt des Schweizerischen Nationalfondsprogramms NFP/26B. Wissenschaftlicher Schlussbericht. 1993.

Oliveri M: Arbeitsbezogene funktionelle Leistungsfähigkeit [Diagnostik]. In: Lendenwirbelsäule. Ursachen, Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen. Hrsg: J. Hildebrandt, G. Müller, M. Pfungsten. Urban & Fischer, 2005 (Englisch in: Vocational Rehabilitation. Edited by C. Gobelet and F. Franchignoni, European Academy of Rehabilitation, Springer Paris, 2005)

Oliveri M, Jansen B, Oesch P, Kool J: To the editor [Re: Gross DP, Battie MC, Cassidy JD, et al. The prognostic value of functional capacity evaluation in patients with chronic low back pain: Part 1 and 2. Spine 30:10, 2005, p. 1232-34

Oliveri M. Work Conditioning und Work Hardening. In: Lendenwirbelsäule. Ursachen, Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen. Herausgegeben von J. Hildebrandt, G. Müller et M. Pfungsten, Urban & Fischer, 2005. (Englisch in: Vocational Rehabilitation. Edited by C. Gobelet and F. Franchignoni, European Academy of Rehabilitation, Springer Paris, 2005)

Oliveri M, Kopp HG, Stutz K, Klipstein A, Zollikofer J: Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit; Teil I und II / Schweiz Med Forum, SMF 2006; (6) 18/19: 420-431/448-454 (auch französisch erschienen)

Beatrice Jansen – Kaiser

Geburtsdatum: 10.09.1961

Verheiratet, 2 Kinder im Alter von 13 und 15 Jahren

1981 – 1985 Ausbildung zur diplomierten Physiotherapeutin in Utrecht (NL)

1995 – 1991 Berufstätigkeit in einem Rehazentrum in Arnheim (NL)

Seit 1991 Berufstätigkeit in der Rehaklinik Bellikon (CH)

Seit 2006 Teamleiterin in der arbeitsorientierten Rehabilitation

Aufgabenbereiche: Personelle Führung sowie fachliche Supervision und Weiterbildung des Behandlungsteams, Erhebung standardisierter Assessments, Planung und Führung arbeitsbezogener Rehabilitationsprogramme, Mitwirkung in Projekten und Studien (u.a. Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Assessments und Rehabilitationsprogramme), Durchführung von Arbeitsplatzabklärungen, Anwendung von manuellen Therapien und physikalische Massnahmen, Schmerzmanagement bei mehrheitlich chronischen Schmerzpatienten sowie enge interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kontaktpflege zu Arbeitgebern und Case Managern der Versicherungen.

2003 – 2006 Master of Science in Health Ergonomics (MSc). Nachdiplomstudium an der University of Surrey (GB)

2007 – 2008 Ausbildung zur EFL-Instruktorin

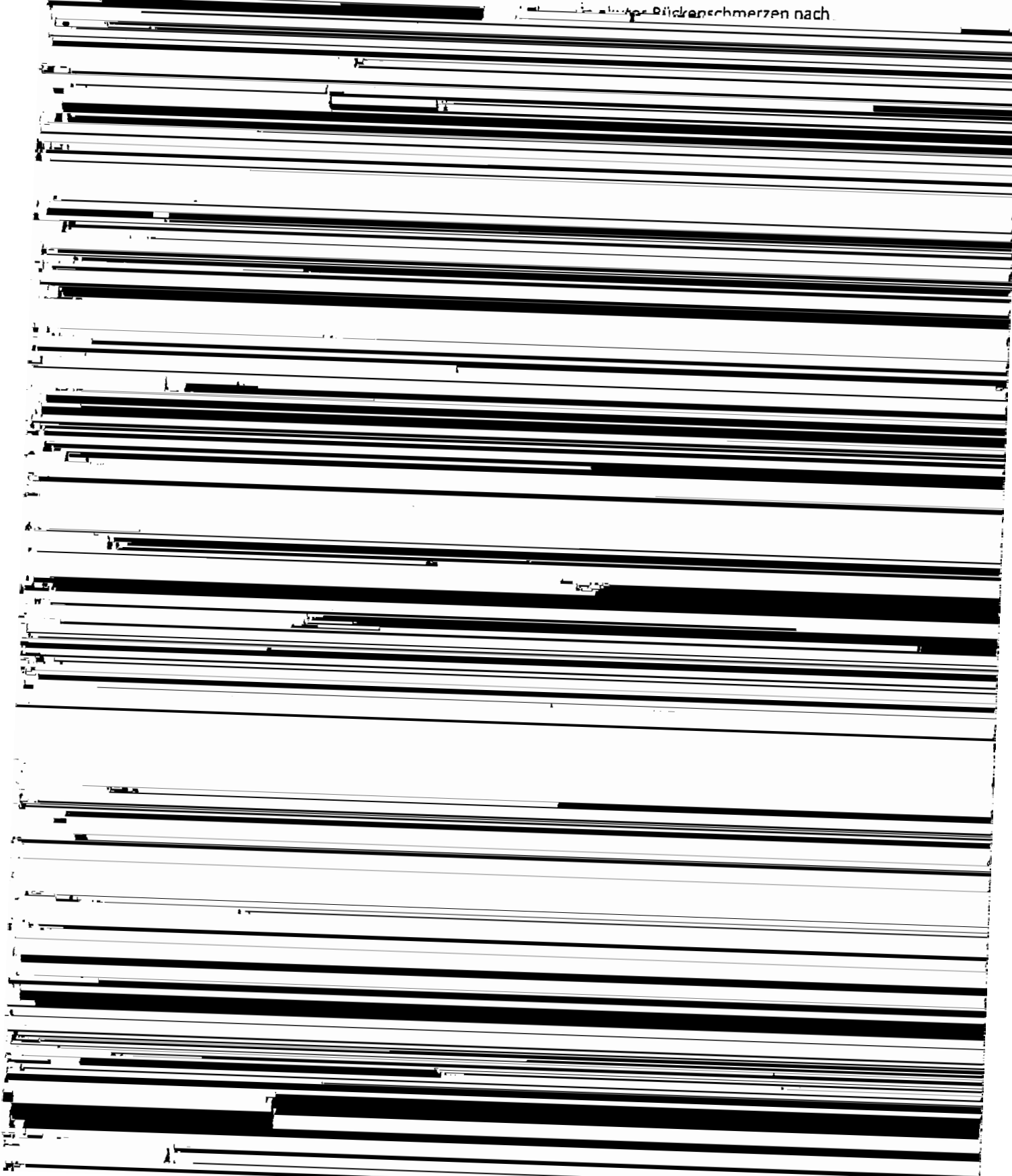
M. Hasenbring & D. Hallner

Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Ruhr – Universität Bochum

Psychologische Faktoren in der Diagnostik chronischer Rückenschmerzen und ihre Relevanz für die Therapie

Mit dem Ziel einer - dem jeweiligen Risikotyp angepassten - Therapie bei Rückenschmerzen, fordern

... Rückenschmerzen nach



Lebenslauf / Tätigkeitsbeschreibung

Dr. Dirk Hallner geb. 13. November 1963

- 1985 – 1993 Studium der Psychologie und Pädagogik an der WWU Münster und der BUGH Wuppertal
1993 Diplom in Psychologie
1993 – 1997 wiss. Mitarbeiter, Abt. f. Med. Psychologie der Ruhr- Universität Bochum (RUB)
(Ltg. Frau Prof. Dr. G. Krüskemper)
Tätigkeitsschwerpunkte: Psychoonkologie, Psychophysiologie kognitiver Prozesse
1998 Ernennung zum Dr. phil.
1998 – 2006 wiss. Assistent, Abt. für Mediz. Psychologie u. Mediz. Soziologie (RUB)
(Ltg. Frau Prof. Dr. M. Hasenbring)
Tätigkeitsschwerpunkte: Schmerzchronifizierung, „Yellow Flag“ - Diagnostik,
Systemtheorie, Künstliche Intelligenz, Psychophysiologie des Schmerzes
2006 – Ernennung zum akademischer Rat,
Abt. f. Mediz. Psychologie u. Mediz. Soziologie (RUB), (Ltg. Frau Prof. Dr. M. Hasenbring)

Herr Dr. phil. Dipl.-Psych. Dirk Hallner ist in der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie seit 1993 als wissenschaftlicher Mitarbeiter und seit dem letzten Jahr als akademischer Rat beschäftigt.

Die Arbeitsschwerpunkte sind die psychophysiologische und prospektive Untersuchungen von Chronifizierungsprozessen des Schmerzes, mathematischer Modellierung des Prozessgeschehens durch Künstlich Neuronale Netze (KNN) sowie Entwicklung leitliniengerechten Lösungen zur „Yellow-Flag-Diagnostik“.

Der chronische Rückenschmerz unter dem Aspekt von ICF und SGB IX
von Harry Fuchs, Düsseldorf
Abstrakt

1. Einleitung

Menschen mit chronischen Schmerzen sind nicht nur krank und bedürfen der Krankenbehandlung nach dem Fünften Sozialgesetzbuch. Sie sind als Folge ihrer in der Regel langen Krankheitsbiographie auch erheblich in ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt. Es handelt sich demnach um Menschen mit einer durchweg seit vielen Jahren andauernden Krankheitsbiographie, die häufig mit beträchtlichen Folgeproblemen in Familie und gesellschaftlichem Umfeld, häufig auch mit Verlust des Arbeitsplatzes und sozialem Abstieg verbunden ist.

Sie weisen danach nicht nur die Indikation für die fachspezifische medizinische Akutversorgung, sondern auch die Indikation für medizinische Leistungen zur Rehabilitation im Sinne des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) auf.

Gerade bei dieser Indikation ist - wie der Gesetzgeber formuliert - „eine stärker an den Bedürfnissen der Menschen orientierte Versorgung und damit eine Verbesserung der Versorgungsqualität“ nur zu erreichen, wenn man bestehende Hemmnisse und Schranken des eingefahrenen Systems durch eine Neuorganisation der Versorgungsinhalte und deren Durchführung tatsächlich überwindet. Sie sind deswegen eine typische Zielgruppe für Verträge zur Integrierten Versorgung, die die ambulante medizinische Schmerztherapie mit ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vernetzen.

2. Teilhabeorientierte Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des SGB IX

Das SGB IX, das nach seiner Begründung - wie die Sozialgesetzbücher I, IV und X – übergreifendes und für alle Sozialleistungsträger unmittelbar wirksames Rehabilitations- und Teilhaberecht beinhaltet, enthält auf vielfältige Weise bindende Vorschriften, mit denen auch für Menschen mit chronischem Schmerz sichergestellt werden soll, dass

- der individuelle, funktionsbezogene Leistungsbedarf im Rahmen eines umfassenden Teilhabemanagements orientiert an der Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO unabhängig von der jeweiligen leistungsrechtlichen Zuständigkeit eines Kostenträgers in jedem Einzelfall immer umfassend und vollständig festgestellt wird (§ 10 SGB IX)
- die Leistungen der Sozialleistungsträger generell und im Einzelfall geeignet und darauf ausgerichtet sein müssen, das Ziel der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erreichen (§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Dabei sind auch für die Ausgestaltung und Erbringung der Leistungen der Krankenbehandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bzw. der Integrierten Versorgung nach dem Fünften Sozialgesetzbuch die in § 26 Abs. 1 SGB IX genannten Teilhabeziele und die Orientierung der Leistungen auf den individuellen funktionsbezogenen Bedarf (§ 10 SGB IX) unmittelbar geltendes und verpflichtendes Recht der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 27 SGB IX iVm § 2a SGB V).

3. Die ICF als Bezugsrahmen und Maßstab für die Feststellung des Leistungsbedarfs und der Leistungsausführung

Deutschland ist weltweit das erste Land, das mit dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) sein nationales Rehabilitations- und Teilhaberecht an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) orientiert hat.

Eine Behinderung im Sinne der ICF, die auch bei Menschen mit chronischem Schmerz nach dem SGB IX einen Anspruch auf Rehabilitations- und Teilhabeleistungen auslöst, ist das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren auf ihre Funktionsfähigkeit, also auf die Integrität der

Curriculum vitae

Harry Fuchs, Dipl.-Verwaltungswirt, Abteilungsdirektor a.D., war stellv. Leiter der Heilstättenverwaltung der LVA Rheinprovinz, Arbeitsbereichsleiter der Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger zur Weiterentwicklung der Rehabilitation, Abteilungsleiter Sozialversicherung, Kassenarzt- und Kassenzahnarzt-recht des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie sowie Abteilungsdirektor des Landesamtes für Jugend, Soziales und Versorgung Rheinland-Pfalz. Seit 2001 ist er freiberuflich tätig und berät u.a. die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. Er war in dieser Eigenschaft im Vorfeld und während des Gesetzgebungsverfahrens an der Entwicklung des Sozialgesetzbuches, Teil IX, - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - beteiligt. Er ist Mitherausgeber und Autor des Kommentars Bihr/Fuchs/Krauskopf/Ritz zum SGB IX, Asgard-Verlag, St. Augustin; Fachautor zu Themen der Sozialversicherung und des Gesundheitswesens, insbesondere zur Rehabilitation und Pflegeversicherung, zu den Versorgungsstrukturen und deren Entwicklung, aber auch zur Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Er hat einen Lehrauftrag an der Fachhochschule München

Neuer Ansatz in der Therapie chronischer Rückenschmerzen

Therapieziele nach dem 9. Sozialgesetzbuch verändern Rückenmanagement grundlegend.

Der Paradigmenwechsel beim chronischen Rückenschmerz ist mittlerweile auch in den Medien angekommen und wird in vielen Leitlinien festgeschrieben. Dennoch haben sich die Zahlen hinsichtlich der Chronifizierung und der Kosten kaum verändert. Dahinter stehen zahlreiche biografische Brüche.

Therapieziele nach dem 9. Sozialgesetzbuch sind Rückgewinnung von Teilhabe, damit ~~einhergehend~~ Stärkung der Eigenkompetenz des Kranken (Hilfe zur Selbsthilfe). Diese



