

Chronische Rücken- und Gelenkschmerzen gehören zu den häufigsten und zugleich kostenträchtigtsten Leiden in Deutschland. Bezogen auf die Behandlungskosten rangieren sie unter allen Krankheitsgruppen an dritter Stelle. Gleichzeitig bleibt „das Kreuz mit dem Kreuz“ eine Crux medicorum. Wenn man auch von einer Volkskrankheit spricht, so handelt es sich beim unspezifischen Rückenschmerz, der 85 % der Fälle ausmacht, um keine klinische Entität, sondern um ein Beschwerdebild vielfältigster Ursachen, das monokausal nicht erschöpfend behandelbar ist.

Elementare Kenntnisse zur Neurophysiologie chronischer Rücken- und Gelenkschmerzen zu vermitteln, psychiatrische Komorbiditäten zu beleuchten und die Wertigkeit multimodaler Therapiekonzepte zu diskutieren – das war das Ziel des 4. Bad Wörishofer Naturheilkunde-Symposiums mit interdisziplinären Referenten, das von der Ärztgesellschaft für Präventionsmedizin und klassische Naturheilverfahren, Kneippärztebund e.V., ausgerichtet wurde.

Prof. Hans-Georg Schaible

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Schutz vor einem Ulcus duodeni). „Dabei bitte ich zu bedenken“, erinnerte Lange, „dass durch Zugabe eines PPI lediglich das Ulzerationsrisiko im oberen Gastrointestinaltrakt verringert wird, nicht aber im unteren, für den es nach wie vor keinerlei protektive Maßnahme gibt.“

Angesichts der dominierenden Hemmung von COX-2 treten gastrointestinale Komplikationen unter den – gegenwärtig nur noch mit zwei Präparaten auf dem Markt vertretenen – Coxiben zu ungefähr 50 % seltener auf. Allerdings ist auch bei ihnen Vorsicht geboten: Hinsichtlich der renalen Nebenwirkungen besteht kein Vorteil gegenüber tNSAR; das kardioembolische Risiko ist – zumindest bei einer längerfristigen Therapie – um etwa 3 % bis 4 % erhöht. Dieses überproportionale Auftreten kardiovaskulärer Ereignisse führte 2004 zur Marktrücknahme von Rofecoxib – und brachte letztlich einen Stein ins Rollen, der zur Neubewertung sowohl der Coxibe als auch der tNSAR führte.

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Fragestellung leitete **Dr. Nicolas Behrens**, München, seinen Vortrag über den Stellenwert der Neuraltherapie bei chronischen Rücken- und Gelenkschmerzen ein. Etwas provokant seine Aussage: „Schmerz ist kein NSAR Mangelzustand“.

Die Neuraltherapie zielt darauf ab, krankhafte Zustände des Organismus über das vegetative Nervensystem heilend zu beeinflussen. Wesentlich dabei ist die Injektion örtlich wirkender Betäubungsmittel, die dem Nachweis und, wann immer möglich, auch der Ausschaltung störender Impulse in der Regulation des Nervensystems, speziell des autonomen, gilt.

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

aller Regel Procain, je nach Gewebestruktur, die empfindlich ist, über Hautquaddeln oder tiefer an Muskeln, Sehnen und Bändern appliziert.

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange

Prof. Uwe Lange



Chronische Rücken- und Gelenkschmerzen

4. Bad Wörishofer Naturheilkunde-Symposium am 22. November 2008

Zusammenfassung der Vorträge

Referenten

Prof. Dr. med. Hans-Georg Schaible, Jena
Prof. Dr. med. Uwe Lange, Bad Nauheim
Dr. med. Nicolas Behrens, München
PD Dr. med. Dominik Irnich, München
Dr. med. Dr. rer.nat. Bernhard Uehleke, Berlin
Prof. Dr. med. Hans-Peter Volz, Werneck

„Wenn wir über Akupunktur reden, so ist auch festzuhalten, dass sie im Rahmen einer individuellen Arzt-Patienten-Beziehung geschehen sollte“, erklärte Irnich. „Wie wir wissen, sind heutzutage Lebens- und Arbeitsunzufriedenheit, Angst und vor allem Depressionen von hoher Bedeutung für die Entstehung chronischer Schmerzen. Deshalb gehören Behutsamkeit und Achtsamkeit des Arztes zu den wichtigsten Grundsätzen im Umgang mit dem Patienten.“

5. Gibt es einen Ausweg aus dem NSAR-Dilemma?

PHYTHOTHERAPIE – Genauso wie psychosoziale Belastungen, ob nun beruflicher oder familiärer Stress, seelische Gleichgewichtsstörungen oder Depressivität, einen Einfluss auf die Chronifizierung von Rücken- und Gelenkschmerzen haben können, führen vice versa auch jahrelange Beschwerden am Bewegungsapparat zu einer Depression.

Nicht zuletzt dieser Zusammenhang war der Impetus für die Initiierung von zwei prospektiven, in der Abteilung für Naturheilkunde der Charité-Universitätsmedizin Berlin durchgeführten Anwendungsbeobachtungen, die **Dr. Bernhard Uehleke**, Berlin, als Studienleiter vorstellte.

Ziel beider Anwendungsbeobachtungen war die Evaluation der relativen Wirksamkeit eines modernen wässrigen Weidenrindenpräparates hohen Salicin- und vor allem Polyphenol-Gehaltes (Proaktiv®, Steigerwald) bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen mit depressiver Verstimmung (AWB1) und ohne (AWB2). Wie Uehleke berichtete, erhielten die Teilnehmer der AWB1 (42% der Patienten) zusätzlich einen hochdosierten Johanniskrautextrakt (Laif 900®, Steigerwald) in zeitversetzter randomisierter Stufentherapie. Bei allen Patienten bestanden die Rückenschmerzen im Mittel seit mehr als 17 Jahren. Als längster Zeitraum wurden 48 Jahre angegeben, als kürzester ein Jahr.

In den nicht-depressiven Studienarm (AWB 2) waren 71 Patienten eingeschlossen, die täglich 2x1 Kapsel Proaktiv® über zwölf Wochen erhielten. Als primärer Zielparame- ter galt die therapieinduzierte Veränderung der Rückenschmerzen in Intensität und Häufigkeit gemäß visueller Analogskala (VAS); sekundäre Endpunkte waren die Veränderung der Rückenschmerzbedingten körperlichen Funktionseinschränkungen, er- mittelt durch den Funktions-Fragebogen Hannover-Rückenschmerz (FFbH-R), und nicht zuletzt die Verträglichkeit der Medi- kation.

Im Ergebnis zeigte sich in allen Gruppen eine sehr deutliche, klinisch relevante Senkung der VAS-Mittelwerte, die bei den nicht-depressiven Patienten mit rund 47% noch ausgeprägter war als bei den depressiven. Die Verträglichkeit des Weidenrindenex- traktes war gut; während der zwölfwöchigen Therapie traten nur wenige unerwünschte Wirkungen auf, für die ein Kausalzusam- menhang als möglich oder wahrscheinlich in Betracht kommen könnte.

Ein Wirksamkeitsnachweis, der Uehleke zu der Schlussbemerkung veranlasste, dass „bei chronischem Rückenschmerz zwar pri- mär die somatischen Beschwerden behan- delt werden sollten, aber bei gleichzeitigem Vorliegen einer Depression auch unverzüg- lich eine Komedikation mit hochdosiertem Johanniskraut zu initiieren ist“.

6. Schmerz und Depression

„Dass psychiatrische Komorbiditäten bei Patienten mit chronischen Schmerzen sehr häufig sind, kann ich nur bestätigen“, unter- strich **Prof. Hans-Peter Volz**, Werneck. Und aus neurophysiologischer Sicht findet das auch eine sehr logische Erklärung: Im limbischen System des Gehirns, das in erster Linie der Steuerung von Emotionen und Affekten dient, werden auch Schmerz- informationen bewertet und fixiert. Bei chronischer Schmerzerfahrung schaltet das funktionelle System die Emotionen auf affektive Störungen und Angst um.

Als Beispiel für diese enge wechselseitige Beziehung führte Volz eine US-amerika- nische Studie an: Im National Comorbidity Survey, der die größte, jemals in den USA untersuchte Kohorte erfasst, wiesen 20,2% der chronischen Schmerzpatienten eine Depression auf, verglichen mit 10% in der Allgemeinbevölkerung. Angststörungen be- standen bei mehr als einem Drittel der Patienten (35,1%) gegenüber 18,1% in der Allgemeinbevölkerung – also „eine klar überzufällig hohe Komorbidität von Depres- sion und Angst“, wie Volz betonte.

Diese Assoziation zwischen somatischen Symptomen und depressiven Störungen be- steht allerdings auch umgekehrt: So zeigte eine großangelegte Untersuchung (n = 4.181) zur 12-Monatsprävalenz von Schmerz und Depression in der deutschen Allgemein- bevölkerung (Bundesgesundheits-Survey), dass 79% der depressiven Patienten unter Schmerzen litten; 21% erfüllten die DSM- IV-Kriterien für eine somatoforme Schmerz- störung. 73% der Befragten berichteten über mindestens ein Schmerzsymptom, im- merhin rund 24% über mehrere innerhalb dieses einen Jahres.

Dominierende körperliche Beschwerden, die eine Depression begleiten, sind – mit deutlichem Abstand – Rückenschmerzen (69%), gefolgt von Schmerzen im Bereich der Extremitäten (58%) und Gelenke (49%).

Volz: „Lassen Sie mich diese Koinzidenz in zwei Kernaussagen fassen. Erstens: Die Prognose der depressiven Erkrankung ver- schlechert sich, wenn gleichzeitig soma- tische Symptome, also beispielsweise Rückenschmerzen, vorliegen. Und zwei- tens: Je ausgeprägter die Schmerzsymp- tomatik ist, desto häufiger besteht eine komorbide Depression.“

Schon daraus leitet sich ab, wie wichtig es für den Therapieerfolg ist, bei Schmerz- patienten nicht nur die körperlichen Be- schwerden zu reduzieren, sondern gleich- zeitig auch die depressive Symptomatik zu erkennen und wirkungsvoll zu behandeln. Maßgebliche Unterstützung bieten hier klare diagnostische Kriterien, die mit der ICD-10 (International Classification of

Diseases, 10th edition) vorliegen, oder auch Checklisten (z.B. WHO-5 Screening), mit denen man das psychische Befinden des Patienten abfragen kann.

Was die pharmakotherapeutischen Möglic- keiten angeht, so stehen heute zahlreiche neue synthetische Substanzen mehrerer Klassen für die antidepressive Behandlung zur Ver- fügung, von denen die Gruppe der selekti- ven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) laut Volz die größte Rolle in der ärztlichen Verordnung spielt.

Allerdings limitiert sich ihr Einsatz, weil sie – genauso wie die selektiven Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) – ein großes Handicap aufweisen: Als Neben- wirkung für beide Klassen wird unter anderem die Auslösung abnormaler Blutungen inklusive Blutungen des oberen Gastrointestinaltrak- tes beschrieben. Bei Kombination mit einem NSAR potenziert sich dieses Blutungsrisiko nochmals deutlich, sodass grundsätzlich vor Gabe eines SSRI oder eines SSNRI bestehende Komorbiditäten bzw. -medikationen abgefragt werden sollten.

Johanniskraut: Mittel der ersten Wahl

Einen Ausweg aus diesem Dilemma bieten die gleichfalls in die Reihe der modernen Antide- pressiva gehörenden Johanniskrautpräparate, die sich durch absolute Nebenwirkungsarmut auszeichnen. Wie Volz betonte, haben sich kli- nisch geprüfte Hypericum-Extrakte dank ihrer nachgewiesenen Wirksamkeit und Verträglich- keit in der Behandlung leichter und mittelgradi- ger depressiver Episoden fest etabliert.

So belegen nicht nur zahlreiche randomisierte klinische Studien, dass Johanniskraut bei mittel- schweren Depressionen sowohl eine signifi- kante Überlegenheit gegenüber Placebo als auch eine mit synthetischen Antidepressiva vergleichbare Effektivität aufweist. Auch aktu- elle Metaanalysen, etwa die der Cochrane Collaboration als unabhängige, weltweit höchste Anerkennung genießende Non-Profit-

Organisation internationaler Ausprägung, kom- men zu diesem Schluss und bekräftigen damit den Wirksamkeitsnachweis für die einbezo- genen Extrakte sehr eindrucksvoll.

„Die Datenlage ist also – zumindest für die klinisch geprüften Johanniskrautpräparate – absolut eindeutig, so dass ich Ihnen definitiv sagen kann: Es ist der konsolidierte Wissens- stand“, betonte Volz.

Als größte Untersuchung (n = 388) des jüngsten, insgesamt 29 Studien mit fast 5.500 Patienten umfassenden Cochrane Reviews führte er eine randomisierte, multizentrische Vergleichsstudie an, in der die therapeutische Äquivalenz des hochdosierten Johanniskrautextraktes STW3- VI (Laif® 900, Steigerwald) mit dem – als Leitsubstanz in der ambulanten antidepressiven Therapie festgelegten – chemischen Standard Citalopram unter Beweis gestellt wurde. „Die Studie ist deshalb so interessant, weil sie zweifach ein statistisches Design hatte“, so Volz. Primäres Ziel der sechswöchigen Be- handlung war, für den 900 mg-Extrakt bei täglicher Einmalgabe eine mit dem SSRI (20 mg Citalopram/d) vergleichbare Wirksamkeit in der Behandlung mittelgradiger depressiver Episoden zu zeigen. Gleichzeitig sollte die über- legene Effektivität von Laif® 900 gegenüber Placebo demonstriert werden. Weitere Prüf- parameter bestanden darin, das vorteilhafte Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil des Ex- traktes zu dokumentieren.

Hauptwirksamkeitskriterium war die Hamilton- Depressionsskala: Bei nahezu identischen Aus- gangswerten von 21,9 (STW3-VI), 21,8 (Cita- lopram) und 22,0 (Placebo) verringerte sich der HAMD-Score nach sechs Wochen signifikant bei beiden Verum-Gruppen auf 10,3 Punkte, während Placebo mit einer Reduktion auf 13,0 Punkte einen deutlich weniger ausgeprägten Effekt zeigte.

Der Anteil der Therapie-Responder lag bei Studienende mit 54,2% (Laif® 900) bzw. 55,9% (Citalopram) in beiden Verum-Gruppen auf dem gleichen Niveau – und deutlich über dem der Placebo-Gruppe (39,2%). Im Verträglichkeits- profil zeigte sich der Hypericum-Extrakt dem chemischen Standard deutlich überlegen: Insgesamt traten in der STW3-VI-Gruppe mit 17,2% signifikant weniger unerwünschte Arz-

neimittelwirkungen auf als im Citalopram- Arm (53,2%).

„Dieser Unterschied zu dem vergleichs- weise eigentlich noch ganz gut verträglichen Citalopram ist dramatisch“, so Volz. „Nicht zu- letzt wegen dieser Nebenwirkungsarmut steht es für mich außer Frage, dass Johanniskraut- präparate wie Laif® 900, die ihre starke anti- depressive Wirksamkeit unter Beweis gestellt haben, gerade auch bei komorbiden Schmerzen eine primäre Therapieoption darstellen, die die Krankheitsprognose begünstigt. Zumal sie sich einer weitaus höheren Patientenakzep- tanz erfreuen als synthetische Antidepressiva, was wiederum der Therapietreue nur dienlich sein kann.“

AUTORIN

Marianne E. Tippmann

HERAUSGEBER

Ärztesgesellschaft für Präventionsmedizin
und klassische Naturheilverfahren
Kneippärztebund e.V.
Hahnenfeldstraße 21 a
86825 Bad Wörishofen
www.kneippaerztebund.de

