

Das INSTIFOR[®] - Konzept – eine Alternative in der Diagnose, Therapie und Begutachtung chronischer Rückenschmerzen

Zusammenfassung:

Es wird ein Konzept vorgestellt, das chronische Rückenschmerzen überwiegend auf einfach zu diagnostizierende und leicht zu therapierende Funktionsstörungen zurückführt und damit eine Alternative bietet zu den derzeit dominierenden, und in der Regel nachweislich falschen, strukturellen Krankheitskonzepten.

Das Konzept verknüpft Diagnose, Therapie und Begutachtung transparent für Patienten, Therapeuten und Kostenträger.

Bei konsequenter Umsetzung ließen sich allein in Deutschland dadurch Jahr für Jahr Hunderte von Millionen Euros einsparen bei gleichzeitiger Verbesserung von Diagnostik, Therapie und Begutachtung.

Das Konzept kann auch auf andere orthopädische Krankheitsbilder übertragen werden.

Summary:

The INSTIFOR[®] - Concept is a simple new way of looking at chronic backpain and other chronic orthopedic ailments with regards to diagnosis, treatment and medicolegal appraisal.

A new concept is presented which explains chronic back pain and other chronic orthopedic complaints on the basis of functional disorders that are easy to diagnose and treat. The concept offers an alternative to still prevailing structural concepts, which have been shown by numerous publications to be flawed.

This new concept combines diagnosis, treatment and medicolegal appraisal in a simple and transparent way.

Broad acceptance of this concept could result in annual savings of hundreds of millions of Euros in Germany alone.

The concept is applicable to a number of orthopedic ailments.

Einleitung:

Derzeit werden chronische Rückenschmerzen und andere chronische orthopädische und unfallchirurgische Krankheitsbilder in erster Linie **strukturell** verstanden, diagnostiziert und therapiert. Ein Patient klagt mit oder ohne vorangegangenes Trauma über Schmerzen in einem Wirbelsäulenabschnitt oder in einer Gliedmaße. Daraufhin wird das schmerzhafte Areal zunächst klinisch untersucht, anschließend wird eine bildgebende Diagnostik durchgeführt, beispielsweise eine konventionelle Röntgenuntersuchung, eine Computertomographie oder eine Kernspintomographie.

In Abhängigkeit von den Ergebnissen der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Diagnostik wird dann eine „Diagnose“ gestellt, die üblicherweise eine strukturelle Veränderung wiedergibt: z.B. Knochenbruch, Verrenkung, Bandscheibenvorfall oder Arthrose.

In der unfallchirurgischen Akutmedizin ist diese Vorgehensweise sehr erfolgreich: bei Patienten mit **akuten Beschwerden** nach Unfall gibt es **in aller Regel eine gute Korrelation zwischen strukturellen Veränderungen** (beispielsweise Schwellungen oder Gelenkdeformitäten im Rahmen der klinischen Untersuchung bzw. Knochenbrüchen bei der bildgebenden Diagnostik) **und** daraus **resultierenden funktionellen Beeinträchtigungen** (Schmerz, Bewegungseinschränkung, verminderte Belastbarkeit etc.).

Anhand dieser strukturellen Diagnostik lassen sich Art und Umfang der Beschwerden relativ zuverlässig nachempfinden und sinnvolle therapeutische Empfehlungen ableiten.

Wenn ein Patient nach einem Sturz z.B. über Schmerzen im Unterarm klagt, wenn bei der körperlichen Untersuchung eine pathologische Fehlstellung des Unterarms nachweisbar ist, gegebenenfalls in Verbindung mit einer unnatürlichen Beweglichkeit und Reibegeräuschen, und wenn dann das Röntgenbild einen Bruch beider Unterarmknochen zeigt, so kann im Extremfall ohne irgend eine verbale Erklärung des Patienten aus ärztlicher Sicht Folgendes festgestellt werden:

1. Der Patient hat ausgeprägte Schmerzen.
2. Die Schmerzen verstärken sich noch deutlich unter mechanischer Belastung.
3. Diese Schmerzen werden sich kurzfristig nur dann deutlich bessern, wenn der gebrochene Unterarm äußerlich oder innerlich stabilisiert wird.
4. Bei unkompliziertem Verlauf müsste sich die schmerzhafte Funktionsstörung des rechten Unterarms in 6-12 Wochen weitgehend oder vollständig zurückbilden.
5. Der Patient ist – in Abhängigkeit vom Beruf – voraussichtlich 6-12 Wochen arbeitsunfähig. Danach müsste er seine berufliche Tätigkeit weitgehend oder vollständig wieder aufnehmen können.

Diagnostik, Therapie und sozial-medizinische Begutachtung sind im Falle einer akuten Verletzung in aller Regel nicht sonderlich problematisch, da meist eine enge Korrelation zwischen der gestörten Struktur und daraus resultierenden funktionellen Beeinträchtigung besteht, und die gestörte Struktur leicht durch moderne Bildgebung sichtbar gemacht werden kann .

Die guten Erfahrungen in diesem struktur-orientierten Krankheitskonzept (gestörte Struktur = gestörte Funktion) werden nun leider mit oft fatalen Folgen auf **chronische Erkrankungen** des Bewegungsapparates mit oder ohne vorangegangenes Trauma übertragen:

Kommt ein Patient beispielsweise mit **chronischen Rückenschmerzen** zum Arzt, wird üblicherweise nach der Anamnese und körperlichen Untersuchung wiederum eine bildgebende Diagnostik durchgeführt. Diese Diagnostik beschränkt sich oft nicht auf eine einfache Röntgenbilder, sondern umfasst aufwendigere Schnittbilduntersuchungen (Computertomographie, Kernspintomographie). Dahinter steckt der Wunsch, eine Ursache für die chronischen Beschwerden zu finden und daraus eine rationale kausale Therapie abzuleiten.

So verständlich dieser Wunsch in der Theorie ist, so fatal ist er üblicherweise in der Praxis: insbesondere bei der Diagnostik chronisch schmerzhafter Störungen im Bereich der Wirbelsäule führt die strukturgläubige Diagnostik in der Regel nicht zum Ziel. Auf der einen Seite ist seit Jahrzehnten aus diversen wissenschaftlichen Untersuchungen bekannt, dass es **keine verlässliche Korrelation zwischen radiologisch nachweisbaren strukturellen Veränderungen der Wirbelsäule und klinischen Beschwerden gibt**.

Auf der anderen Seite entspricht es der allgemeinen ärztlichen Erfahrung, dass Patienten mit chronischen Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule **variable Beschwerden** haben: es gibt „gute Tage“ mit weniger Beschwerden und „schlechte Tage“ mit vermehrten Beschwerden.

Auch theoretisch ist nicht anzunehmen, dass beispielsweise der Verschleiß, der sich im Röntgenbild oder im Computertomogramm zeigt, an einem „schlechten Tag“ erkennbar ausgeprägter ist als an einem „guten Tag“.

Obwohl den meisten Ärztinnen und Ärzten diese Fakten bekannt sind, klammern sie sich immer noch in der Mehrzahl an die Bildgebung und versuchen, daraus Angaben zur Therapie, Prognose und sozial-medizinische Begutachtung abzuleiten.

Dass sie letztlich selber Zweifel an dieser strukturgläubigen Diagnostik haben, zeigt sich daran, dass die meisten ärztlichen Behandler nach umfangreicher **struktureller Diagnostik** in aller Regel zunächst eine „**funktionelle Therapie**“ z.B. in Form von Krankengymnastik verordnen. Dieser offenkundige Widerspruch zwischen der **strukturorientierten Diagnostik mit der daraus folgenden**

strukturorientierenden Diagnose (z.B. „Bandscheibenvorfall“ oder „Verschleiß“) und der daraus **logisch nicht abzuleitenden funktionellen Therapie** (z.B. Krankengymnastik, eventl. sogar Fango und Massagen) scheint weder die meisten Patienten noch die meisten Ärzte zu stören (Krankengymnastik, Fango und Massagen ändern nicht wirklich etwas an einem „Bandscheibenvorfall“ oder „Verschleiß“.). Fataler sind im Übrigen oft die Versuche, eine „strukturelle Auffälligkeit“, die als „Diagnose“ bezeichnet wird, strukturell, sprich operativ zu therapieren. In Abhängigkeit von den gefundenen „strukturelle Auffälligkeiten“ und den gewählten Therapien sind die Erfolge bei kritischer Betrachtung oft sehr enttäuschend.

Die Alternativen

Das Dilemma, dass die nach wie vor dominierende Strukturdiagnostik chronischer Erkrankungen des Bewegungsapparates letztlich weder unter diagnostischen, noch unter therapeutischen, noch unter prognostischen, noch unter sozial-medizinischen Gesichtspunkten sinnvoll ist, ist seit vielen Jahren international bekannt.

Die **WHO** hat **Anfang der 80iger Jahre** deshalb mit der internationalen Klassifikation von körperlichen Schädigungen, Behinderungen und Beeinträchtigungen (**ICIDH** – International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps) eine intelligente und sinnvolle Alternative vorgestellt. Diese Alternative konnte sich allerdings trotz mehrerer nachfolgender Modifikationen bis zum heutigen Tag in der ärztlichen Praxis kaum durchsetzen. Lediglich in rehabilitationsmedizinischen Kreisen fand das Konzept breiten Anklang. Darüber hinaus hat es in den letzten Jahren in Deutschland auch den Gesetzgeber erreicht (Stichwort „Teilhabestörung“).

Etwas mehr Anklang fand in Medizinerkreisen das „artverwandte“ **„bio-psycho-soziale Konzept“**. Dahinter steckt die Erkenntnis, dass subjektive Beschwerden und daraus resultierende Funktionsstörungen im Erwerbsleben, wie auch im privaten Umfeld nicht, zumindest nicht ausschließlich auf körperliche Schäden zurückzuführen sind, sondern dass psychologisch und soziale Umstände entscheidenden Einfluss haben auf die Fähigkeit des Betroffenen, mit seinen körperlichen Gebrechen umzugehen und gegebenenfalls funktionelle Defizite zu kompensieren.

Während die Grundidee hinter diesem bio-sozialen Model meines Erachtens prinzipiell unbestritten ist, eignet sich dieses Konzept nur bedingt für Therapieansätze: soziale Faktoren lassen sich im Rahmen einer Behandlung oft wenig oder gar nicht beeinflussen. Auch die Beeinflussung seelischer Faktoren ist nur in sehr engen Grenzen möglich.

Beide Alternativen leiden darunter, dass die einzelnen Variablen nicht hinsichtlich ihrer Wertigkeit hierarchisch gegliedert sind, alles scheint gleichwertig.

Das INSTIFOR®-Konzept

Das INSTIFOR®-Konzept eignet sich ausschließlich für **Diagnostik, Therapie und Begutachtung chronischer Krankheitsbilder des Bewegungsapparates!**

Das INSTIFOR®-Konzept basiert auf einer Reihe von **Prämissen und Hypothesen**:

Prämissen:

1. Chronische Schmerzen lassen sich nicht exakt erklären.

Die anatomischen, psycho-sozialen und neurophysiologischen Grundlagen von chronischen Schmerzen sind so komplex und von Individuum zu Individuum so unterschiedlich, dass im Einzelfall eine exakte Erklärung des Beschwerdebildes nicht möglich ist.

2. Die diagnostische, therapeutisch und sozial-medizinisch gutachterliche Handhabung chronisch schmerzhafter Störungen des Bewegungsapparates ist daher nur unter Verwendung von Hypothesen und Modellvorstellungen möglich.

Die Verwendung solcher Hypothesen und Modellvorstellungen ist nicht unwissenschaftlich! Teilchenphysiker versuchen beispielsweise seit Jahrzehnten, ihr letztlich unverständliches Fachgebiet über Hypothesen und Modellvorstellungen begreiflich zu machen (z.B. mittels der Quantenmechanik).

Hypothesen:

Speziell in Bezug auf Störungen des Bewegungsapparates werden folgende **Hypothesen** aufgestellt:

1. Primärläsion:

Eine anhaltende Störung im Bereich des Bewegungsapparates wird durch innere oder äußere Störfaktoren ausgelöst, die als „**Primärläsion(en)**“ bezeichnet werden können.

Solche möglichen Primärläsionen wären z.B. ein akuter Bandscheibenvorfall oder ein Muskelfaserriß nach Zerrung im Bereich der Rumpfmuskulatur.

2. Sekundärläsion

Die Primärläsion führt im Laufe von Stunden, Tagen und Wochen zu sekundären Veränderungen = **Sekundärläsionen**.

3. Primat der Sekundärläsion:

Die Primärläsionen heilen fast immer in Tagen bis Wochen (z.B. 6-12 Wochen, eventl. 24 Wochen) aus. Auch die Sekundärläsionen heilen meistens aus. Wenn Primär- und Sekundärläsionen nach Tagen bis Wochen ausgeheilt sind, ist der Patient beschwerdefrei.

(Anmerkung: „Ausheilung“ bedeutet nicht unbedingt, dass die Läsionen verschwinden. Es kann auch bedeuten, dass daraus keine spürbaren Funktionsstörungen mehr resultieren. Die Läsionen werden ggf. „inaktiv“.)

Eine chronische schmerzhafte Funktionsstörung des Bewegungsapparates ist in der Regel auf das Persistieren der Sekundärläsionen und nicht der Primärläsionen zurückzuführen!

Es gibt seltene Ausnahmen von dieser Regel:

a) Anhaltend aktive Primärläsion

Eine strukturell Primärläsion kann so groß sein, dass sie nicht spontan ausheilt (z.B. massiver Bandscheibenvorfall)

b) Spezifische Primärläsion

Es gibt spezifische Primärläsionen, die ebenfalls nicht spontan ausheilen (Infekt, Tumor)

Daraus folgt: Bei Patienten mit chronischen Beschwerden des Bewegungsapparates sollte das Augenmerk auf die Diagnostik und Therapie der Sekundärläsionen, nicht der Primärläsionen, gelegt werden. Wenn unspezifische Primärläsionen und Sekundärläsionen vorliegen, haben die Sekundärläsionen prinzipiell als Ursache vorhandener Beschwerden zu gelten. Erst wenn nach erfolgreicher Behandlung der Sekundärläsionen die Beschwerden persistieren, muß geprüft werden, ob im konkreten Fall nicht doch einmal eine anhaltend aktive Primärläsion(en) vorliegen. Erst dann ist eine Ausweitung der Diagnostik (diagnostische Injektionen, ev. weiterführende Bildgebung) sinnvoll.

Spezifische Primärläsionen müssen dagegen vor einer Therapie erkannt und spezifisch behandelt werden.

Insgesamt haben nach eigener Einschätzung deutlich weniger als 5% aller Patienten/innen mit chronischen Rückenschmerzen eine anhaltend aktive Primärläsion oder eine spezifische Primärläsion

4. Einheitliche Antwort des Bewegungsapparates

Die Ausbildung von Sekundärläsionen folgt einem einfachen Muster.

Dieses einfache Muster kann als „**einheitliche Antwort des Bewegungsapparates**“ bezeichnet werden.

Die Natur neigt dazu, erprobte Konzepte in den unterschiedlichsten Situationen beizubehalten. In der Medizin bekannt seit über 100 Jahren ist die einheitliche Reaktion des Körpers auf äußere oder innere schädigende Einflüsse in Form einer „**Entzündungsreaktion**“. Unabhängig davon, ob beispielsweise eine Hand durch Kälte (Erfrierung) oder Hitze (Verbrennung) oder radioaktive Strahlen oder Krankheitserreger angegriffen wird, der Körper reagiert darauf immer mit einer Rötung, Schwellung, eingeschränkter Funktion, Überwärmung und Schmerz, das heißt mit einer klassischen Entzündungsreaktion.

In vergleichbarer Weise reagiert der Körper nach den oben ausgeführten Hypothesen auf Primärläsionen im Bewegungsapparat und führt unabhängig von der Art der Primärläsion zu einheitlichen Sekundärläsionen.

5. Sekundärläsionen

Die einheitliche Antwort des Bewegungsapparates führt zu folgenden unspezifischen Sekundärläsionen:

- a) Blockierungen („arthrogene Dysfunktion“)
- b) sekundären Muskelverspannungen/Myogelosen („myogene Dysfunktion“)
- c) übergreifenden Störungen in der „Software“ des Bewegungsapparates („neurogene Dysfunktion“)

Wenn diese Hypothesen akzeptiert werden, eröffnen sich diagnostisch, therapeutisch und gutachterlich völlig **neue Möglichkeiten**:

a) Diagnostik

Unter Berücksichtigung oben genannter Hypothesen dient die Diagnostik nicht dazu, die Ursache der Beschwerden zu finden!

Sinn und Zweck der Diagnostik besteht aus therapeutischer Sicht darin, seltene spezifische Primärläsionen, die üblicherweise nicht spontan ausheilen (z.B. Infektion, Tumor, primär entzündlich-rheumatische Erkrankung, z. T. strukturelle Verletzungsfolgen) festzustellen und spezifisch zu behandeln. Dazu reicht üblicherweise eine umfangreiche Anamnese, eine gründliche körperliche Untersuchung und eine einfache Bildgebung (konventionelles Röntgen). Evtl. können zusätzlich noch wenige Laboruntersuchungen durchgeführt werden.

Teure Schnittbildverfahren (CT, MRT) sind üblicherweise nicht erforderlich!

Die Diagnostik dient darüber hinaus unter gutachterlichen Gesichtspunkten der Einschätzung der aktuellen funktionellen Störung und deren Auswirkungen auf das Privat- bzw. Erwerbsleben.

b) Therapie

Die Therapie zielt in der Regel nicht auf die Behandlung der Primärläsion ab, sondern auf die Behandlung der Sekundärläsionen!

Das therapeutische Konzept ist dabei sehr einfach. Es erfolgt nach einem **Stufenkonzept**.

1. Stufe: Manual-medizinische Lösung der Blockierungen
2. Stufe: Passive Detonisierung der verspannten regionalen Muskulatur
3. Stufe: Aktive Neuprogrammierung der passiv entspannten Muskeln
4. Stufe: Sicherung des Therapieerfolges durch eigenständiges Üben

(ev. 5. Stufe: „Zusätzliches“ – bei manchen Patienten/Innen können zusätzliche Behandlungen und Unterstützungsmaßnahmen erforderlich sein wie z. B. Reflextherapieverfahren (Akupunktmassage, Akupunktur, Osteopathie etc.), psychische Unterstützungsmaßnahmen (Entspannungsverfahren etc.)

und soziale Hilfestellungen (berufsfördernde Maßnahmen etc.). Auf dieser Stufe bietet das INSTIFOR®-Konzept keine eigenen Lösungen, hier werden etablierte Verfahren eingesetzt. Nach dem INSTIFOR®-Konzept wird aus pragmatischen Gründen in der Regel aber erst dann auf Verfahren der Stufe 5 zurückgegriffen, wenn die Stufen 1-4 keinen hinreichenden Erfolg zeigen. Nicht jede psychosoziale Belastung muß im Rahmen einer Therapie beseitigt werden. Anzustreben ist eine „Hilfe zur Selbsthilfe“.)

Wenn im Rahmen der Diagnostik keine „spezifische Primärläsion“ (Infektion, Tumor, Fraktur, rheumatische Entzündung) entdeckt wurde, so wird pragmatisch wie folgt verfahren:

Diese Primärläsionen spielen unter diagnostischen wie therapeutischen und gutachterlichen Gesichtspunkten solange keine Rolle, solange funktionelle Störungen in Form der oben beschriebenen Sekundärläsionen nachweisbar sind. Erst wenn die funktionellen Störungen in Form der Sekundärläsionen durch geeignete Therapiemaßnahmen weitestgehend oder vollständig beseitigt sind und die Beschwerden anhalten, kann daraus geschlossen werden, dass im konkreten Fall die strukturelle Störung (= „anhaltend aktive Primärläsion“) ausnahmsweise doch maßgeblich zum Beschwerdebild beiträgt. In diesen Fällen sind eine nachfolgende erweiterte Diagnostik und ggf. eine strukturelle Therapie (in der Regel operativ) in Betracht zu ziehen.

Die Stufen 1 und 2 werden zeitgleich zu Beginn der Therapie eingesetzt. Die Stufen 3 und 4 folgen zeitlich versetzt. In der Regel ist für die Stufen 1 und 2 ein zeitlicher Rahmen von 2-6 Wochen erforderlich, für die Stufe 3 ein Zeitrahmen von 3-6 Wochen, für die Stufe 4 ein Zeitrahmen von 3-6 Monaten. Kosten: etwa 1000 Euro.

c) Begutachtung

Das INSTIFOR®-Konzept ist nicht nur geeignet, Diagnostik und Therapie logisch miteinander zu verknüpfen. Basierend auf diesem Konzept lassen sich chronische Beschwerden von Seiten des Bewegungsapparates einteilen in

- a) strukturelle Störungen (Primärläsionen)
- b) funktionelle Störungen (Sekundärläsionen)

Das INSTIFOR®-Konzept löst das Dilemma, dass derzeit strukturelle und funktionelle Probleme weder diagnostisch, noch therapeutisch, noch gutachterlich klar voneinander abgegrenzt werden.

Nach dem INSTIFOR®-Konzept sind strukturelle Störungen als Primärläsionen aufzufassen, die nur in den seltensten Fällen zu anhaltenden Störungen führen.

Das INSTIFOR®-Konzept und die Folgen:**a) Diagnostik**

Die überwiegende Mehrzahl aller Patienten könnte nach einer relativ einfachen Grunddiagnostik, bestehend aus einer umfangreichen Anamnese, einer standardisierten körperlichen Untersuchung und einer einfachen Bildgebung (konventionelles Röntgen) sowie ggf. einer sparsamen Labordiagnostik ohne teure Schnittbilduntersuchungen (CT, MRT) als „Patient(in) mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen“ nach dem oben skizzierten Stufenschema behandelt werden.

Bisher: Umfangreiche Diagnostik einschl. CT, MRT etc. „um die Ursache der Beschwerden zu finden“.

In Zukunft: Begrenzte, kostengünstige Primärdiagnostik zum Ausschluß seltener, spezifischer Primärläsionen. Nur in Einzelfällen später umfangreichere Sekundärdiagnostik, falls das Stufenschema keinen Therapieerfolg zeigt.

Vorteil: Einsparung der teuren, in der Regel sinnlosen, Schnittbilduntersuchungen. Nota bene: Die Verordnung von entzündungshemmenden Schmerzmitteln und Krankengymnastik erfordert keine Schnittbilddiagnostik!

Voraussetzung: Schulung der beteiligten Ärzte/Innen in gründlicher Anamnese und körperlicher Untersuchung.

b) Therapie

Die Therapie von „Patienten/Innen mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen“ wäre von vorneherein nach dem Stufenkonzept für Patienten/Innen, Ärzte/Innen, Therapeuten/Innen und Kostenträger sowohl bezüglich Art der gewählten Therapie, Dauer, Zielsetzung und Kosten klar und transparent.

Der Therapieerfolg ließe sich einfach anhand bestimmter Kriterien nachvollziehen („therapeutisches Controlling“).

Bisher: Verordnung von Krankengymnastik ohne klare Vorstellungen, was wie in welchem Zeitrahmen erreicht werden soll. Endlosverordnungen, weil „der Krankengymnast gesagt hat, es reicht noch nicht.“

Die Wertung von strukturellen Veränderungen, wie sie auf Bildern (CT, MRT) zur Darstellung kommen, erfolgt oft nach dem „Werkzeug, das der behandelnde Arzt in seiner Werkzeugkiste hat“: Ein operativ tätiger Arzt wird die strukturellen Veränderungen in den Vordergrund rücken und ggf. zu

einer „strukturellen Therapie“ (Operation) raten, ein konservativer (nicht operativ tätiger) Arzt wird die funktionellen Störungen in den Vordergrund rücken und eher von einer Operation abraten.

Ein amerikanisches Sprichwort formulierte dieses Phänomen sehr trefflich: „Wenn das einzige Werkzeug in Ihrer Werkzeugkiste ein Hammer ist, dann sieht jedes Problem um Sie herum aus wie ein Nagel.“ (Einige schreiben diese Sprichwort Mark Twain zu, andere Abraham Maslow).

In Zukunft: Logisch nachvollziehbare Therapie mit klar definierten Zielen und Methoden sowie einem zeitlichen Rahmen. Eindeutiges Primat der funktionellen Therapie bei unspezifischen Primärläsionen.

Vorteil: logische Verknüpfung von „Diagnose“ und Therapie.

Klares, preisgünstiges und wirkungsvolles Therapiekonzept.

Vermeidung unnötiger Operationen.

c) Gutachten

Durch die klare Differenzierung von strukturellen und funktionelle Störungen lassen sich auch gutachterlich viel klarere Aussagen treffen über Therapiemöglichkeiten und Prognose chronischer Erkrankungen des Bewegungsapparates. Fragen nach Arbeitsunfähigkeit vs. Berufs-, bzw. Erwerbsunfähigkeit hängen ja eng zusammen mit der prognostischen Einschätzung. Dies ist für Krankenversicherungen (Tagegeld) ebenso von Interesse wie für Lebensversicherungen (BUZ). Auch Haftpflichtversicherer und Unfallversicherer können davon profitieren (sind die Unfallfolgen reversibel? Therapieoptionen etc.).

Bisher: Überwiegend struktur-orientierte Diagnostik/Begutachtung („Bandscheibenvorfall L4/5 mit nachvollziehbarer Beschwerdesymptomatik, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit ist nicht mehr möglich.“)

In Zukunft: Klare Aufteilung in strukturelle Primärläsionen und funktionelle Sekundärläsionen. Primat der Funktion. Erst wenn die funktionellen Störungen weitgehend oder vollständig beseitigt sind und die Beschwerden und Funktionsstörungen anhalten, ergeben sich dauerhafte Einschränkungen auf dem Boden der strukturellen Primärläsion. („Chronische schmerzhaft funktionelle Störung der Lendenwirbelsäule bei Bandscheibenvorfall L4/5 und Kreuzdarmbeingelenksblockierung links mit ausgeprägten regionalen, druckschmerzhaften Myogelosen.“)

Vorteil: Das INSTIFOR®-Konzept bietet ein klares Koordinatensystem, anhand dessen sich im Gutachtenfall zahlreiche Aussagen über Therapieoptionen und Prognose ableiten lassen.

Zusammenfassung:

Das INSTIFOR®-Konzept basiert auf der letztlich unbestrittenen Tatsache, dass chronische Rückenschmerzen nicht exakt erklärbar sind, da die Anzahl der relevanten Variablen viel zu groß ist.

Es erhebt daher keinen Anspruch darauf, die Realität vollständig zu erfassen und zu erklären.

Stattdessen basiert es auf pragmatischen, therapieorientierten Hypothesen.

Es führt chronische Rückenschmerzen und andere chronische Erkrankungen des Bewegungsapparates primär auf funktionelle Störungen (Sekundärläsionen) als Antwort auf oft strukturelle Primärläsionen zurück.

Dadurch lassen sich viele Phänomene erklären, die durch die nach wie vor dominierenden strukturellen, in der Ebene der Primärläsion verhafteten, Krankheitskonzepte unerklärlich sind: unklare Korrelation zwischen Struktur (Bildgebung) und Funktion (Schmerz), variable Schmerzsymptomatik bei statischer strukturellen Veränderung, Therapieversagen nach struktureller Therapie (Operation).

Diagnose und Therapie lassen sich logisch und für alle Beteiligten transparent verknüpfen.

Therapeutisch lässt sich ein zeitlich und finanziell fest umrissenes Stufenkonzept ableiten.

Psychosoziale Faktoren kommen nur dann ins Spiel, wenn sich die einfachen somatischen Hypothesen des Das INSTIFOR®-Konzepts als nicht ausreichend erweisen. Damit soll der Einfluß psychosozialer Faktoren keinesfalls in Abrede gestellt werden. Vielmehr erscheint die Therapie somatischer Störungen um ein Vielfaches einfacher als die Beeinflussung psychosozialer Faktoren. Wenn das INSTIFOR®-Konzept erfolgreich ist, erübrigen sich aufwendige psychosoziale Interventionen ggf..

Voraussetzung für eine breite Umsetzung dieses Konzeptes sind bislang ausstehende wissenschaftliche Evaluierungen und eine gründliche Schulung alle Beteiligten.

Dies ist nur möglich mit Unterstützung der Kostenträger.

Dr. med. R. Hepp

Orthopäde

FA für Physikalische u. Rehabilitative Medizin

Chirotherapie, Naturheilverfahren

Physikalische Therapie

Literaturverzeichnis:

1. [Spine J.](#) 2006 Nov-Dec;6(6):624-35. Epub 2006 Oct 11.
2. [Spine J.](#) 2005 Jan-Feb;5(1):24-35
3. [Spine.](#) 2006 Sep 1;31(19):2250-7.
4. [Spine.](#) 2004 May 15;29(10):1112-7.
5. [Spine.](#) 2005 Jul 1;30(13):1541-8;
6. [Spine.](#) 2000 Jun 15;25(12):1484-92.
7. [Orthop Clin North Am.](#) 2004 Jan;35(1):7-16.
8. [Radiology.](#) 2005 Nov;237(2):597-60
9. [Spine.](#) 1995 Dec 15;20(24):2613-25
10. [Spine.](#) 2002 Jan 15;27(2):125-34
11. [Spine.](#) 2007 Mar 15;32(6):681-684
12. [Cochrane Database Syst Rev.](#) 2005 Oct 19;(4):CD001352
13. [Neurosurg Rev.](#) 1999 Oct;22(2-3):102-6.
14. [Spine.](#) 1995 Dec 15;20(24 Suppl):126S-137S