

Von der vertieften Anamnese zum gezielten Selbstmanagement

C. Reich-Rutz

Manuelle Medizin

Chirotherapie, Manuelle Therapie

ISSN 0025-2514

Volume 55

Number 6

Manuelle Medizin (2017) 55:345-349

DOI 10.1007/s00337-017-0332-y



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer Medizin Verlag GmbH. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

Manuelle Medizin 2017 · 55:345–349
<https://doi.org/10.1007/s00337-017-0332-y>
 Online publiziert: 2. November 2017
 © Springer Medizin Verlag GmbH 2017



C. Reich-Rutz

Praxis für Rheumatologie, Manuelle Medizin und Sportmedizin, Zürich, Schweiz

Von der vertieften Anamnese zum gezielten Selbstmanagement

Die Erfahrungen in der täglichen Sprechstunde, aber auch viele Fachpublikationen [1–5] zeigen, wie wichtig die Anamnese für eine gute klinische Einschätzung ist. Bei Patienten mit Problemen am Bewegungsapparat kommt noch eine wichtige Dimension hinzu: Eine vertiefte Anamnese bietet viele Hinweise, die der Patient direkt in ein optimiertes Selbstmanagement integrieren kann. Mindestens so wichtig ist, dass der Betroffene auf diesem Weg verstehen kann, womit er sich das aktuelle Problem zugezogen hat. Aus diesem Verständnis lassen sich Maßnahmen ableiten, was ihm anstatt der bisherigen Hilflosigkeit gegenüber ungeklärten Schmerzepisoden ein Gefühl von Kontrolle vermittelt.

Lückenhafte Selbstbeobachtung des Patienten

Auf den ersten Blick erscheint die Sache einfach: Der Patient nennt dem Arzt die Aktivitäten und Ereignisse, die zeitnah zu einer Verschlechterung seines Schmerzproblems geführt haben. Solche klaren geradlinigen kausalen Verbindungen gibt es natürlich, und damit ist auch für den Patienten klar, dass er diese Tätigkeiten achtsamer dosieren oder meiden sollte.

Schwieriger wird es, wenn es eine Latenzphase zwischen der Belastung und einer spürbaren Verschlechterung der Symptome gibt. Damit fehlt dem Patienten der augenfällige kausale Zusammenhang: „Ich habe keine Ahnung, was die Ursache war“ oder „Ich habe immer wieder aus heiterem Himmel Phasen mit akuten Schmerzen.“ Hinter derartigen Aussagen verbergen sich meistens unübersichtliche Zusammenhänge auf-

grund der Latenz des Auftretens der Symptome. Für den Patienten ist damit nicht selten eine deutlich Verunsicherung und Hilflosigkeit verbunden, weil ihm wirksame Möglichkeiten der Einflussnahme auf den Verlauf fehlen.

Radikuläres Reizsyndrom als Beispiel der Schmerzlatenz

Die Latenzzeit zwischen irritierender Exposition und Auftreten der Schmerzen ist beim radikulären Reizsyndrom sehr typisch. Hinter dem Phänomen der Schmerzlatenz verbirgt sich der Umstand, dass nicht primär die mechanische Reizung oder die Kompression der Nervenwurzel schmerzt, sondern der dadurch ausgelöste perineurale Entzündungsprozess. Häufig ist dies eine Frage von Stunden beispielsweise bis zum nächsten Morgen, gelegentlich kann die Verschlechterung auch erst am übernächsten Tag auftreten.

Problematisch ist die Situation beim radikulären Reizsyndrom auch deshalb, weil teilweise sehr unspektakuläre Körperhaltungen und Belastungen zu mechanischen Reizungen führen. Dies macht die Zusammenhänge für den Patienten zusätzlich undurchsichtig.

Eine vergleichbare Schmerzlatenz tritt bei vielen anderen Schmerzproblemen am Bewegungsapparat auf, z. B. beim femoropatellaren Schmerzsyndrom, bei der Aktivierung einer Arthrose, bei Achillodynie, plantarer Fasziiitis oder Epikondylopathie, um nur die häufigsten zu nennen.

Dabei geht es immer um die Latenzzeit, bis die lokalen Entzündungsprozesse

sich so weit entwickelt haben, dass die Schmerzen spürbar werden.

Das Bankkontomodell der Überlastungsreaktion

Meinen Patienten erkläre ich das Konzept der zeitverschobenen Schmerzreaktion auf die mechanischen Belastungen gerne mit meinem Bankkontomodell (**Abb. 1**). Der Kern des Modells ist das Bild eines Gewebetoleranzkredits für die jeweils betroffenen Strukturen.

Im menschlichen Körper gibt es keine Frühwarnfunktion für den Moment, in dem das Konto aufgebraucht ist, und auch keinen Online-Zugriff. Dies führt dazu, dass das Konto vom mehr oder weniger ahnungslosen Patienten überzogen wird, ohne dass er den Moment des Überschreitens des Kreditlimits wahrnehmen kann. Erst zeitverschoben nach dem Aufbau der Entzündungsreaktion erhält er den Kontoauszug in Form des neuen oder verstärkten Schmerzes. Der Patient muss verstehen, dass er den Kredit nur aufgrund der beobachteten Erfahrungswerte optimal verwalten kann.

Ein Ziel der Belastungsgestaltung ist immer, dass es am Folgetag nicht zu einer verstärkten Irritation im Problembereich kommt. Konkret am Beispiel eines zervikoradikulären Reizsyndroms (CRS) bedeutet dies, dass weder der Schmerz noch die ausstrahlenden neurologischen Symptome sich Stunden nach der Belastung verstärken.

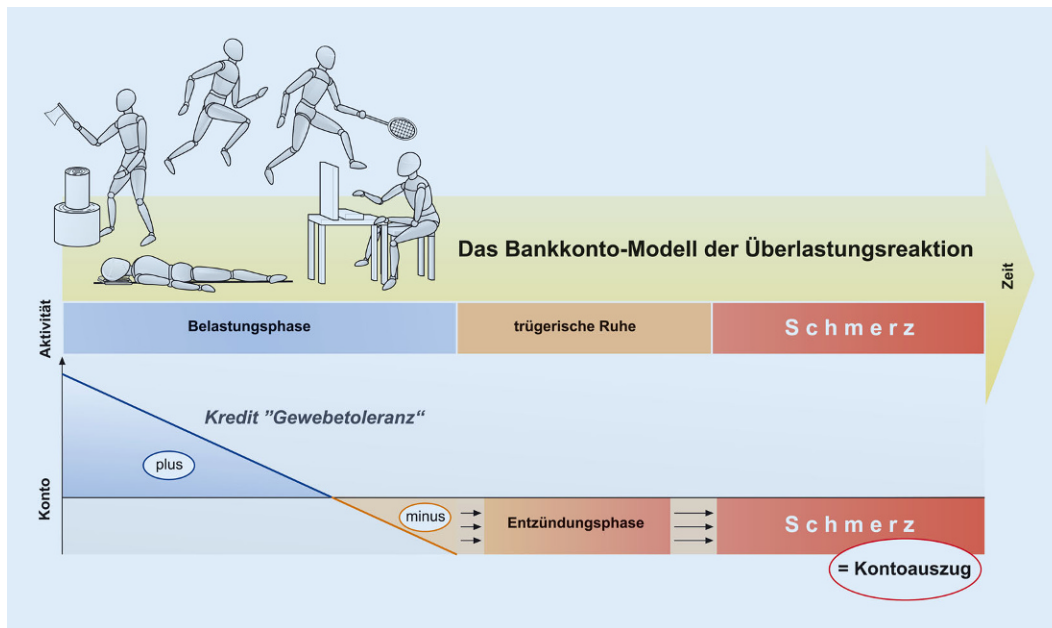


Abb. 1 ◀ Bankkontomodell als Brücke zum Verständnis der Schmerzlatenz. (Mit freundl. Genehmigung, © Dr. C. Reich-Rutz, Zürich, alle Rechte vorbehalten)

Belastungsschmerz als untaugliches Steuerungskriterium

„Ich merke schon anhand der Schmerzen, wenn ich mir zu viel zumute.“ Was naheliegender klingt, versagt in der Praxis regelmäßig. Das Auftreten von Schmerzen während der Belastung als Steuergröße für die Belastungsgestaltung zu verwenden, führt aus mehreren Gründen in die Irre.

Um beim Bild des Bankkontomodells zu bleiben, bedeutet das Auftreten stärkerer Schmerzen während der Belastung meistens, dass der Kredit markant überzogen wurde und es mit der oben beschriebenen Latenz zu einer intensiven und anhaltenden Verschlechterung kommt.

Dieses Vorgehen beschreibe ich dem Patienten jeweils mit dem Bild der Leitplanke beim Autofahren. Sich auf den Schmerz als Steuerelement während der Belastung zu verlassen, entspricht der Haltung „Ich steuere mein Auto erst aktiv, wenn ich die Leitplanke touchiere.“

Gleichzeitig sind leichte bis mäßige Beschwerden während der Belastung im Rahmen eines therapeutischen Belastungsaufbaus häufig unbedeutend und gehören zu einer adäquaten Dosierung [6, 7]. Gerade für diese Dosisfindung ist es essenziell, dass die Belastung sehr genau eingeteilt wird und sich die Situation am Folgetag nicht verschlechtert.

Ansonsten wird der Trainingsaufbau durch eine Eskalation der Reizsituation unmöglich gemacht.

Vertiefte Anamnese

Weil die Ursachen einer Verschlechterung der Schmerzsituation häufig versteckt und undurchsichtig sind, fühlt sich der Patient seinen Schmerzen nicht selten hilflos ausgeliefert. Da andererseits das Gefühl einer möglichst guten Kontrolle über die Schmerzen für die Behandlung und den Verlauf essenziell ist, lohnt es sich, die Anamnese gezielt zu vertiefen und mit dem Patienten nach Anhaltspunkten möglicher mechanischer Zusammenhänge zu suchen.

Basis einer solchen vertieften Anamnese ist die Neugier, zusammen mit dem Patienten nach Indizien zu forschen. Dazu gehört im Speziellen, sich nicht mit jeder schnellen Äußerung zum Fehlen fassbarer Zusammenhänge zufriedenzugeben. Dazu bedarf es gezielter Fragen nach den typischen Alltags- und Freizeitaktivitäten, immer mit Blick auf „verdächtige“ Beobachtungen und Veränderungen.

Ein wichtiger Punkt ist die Rekonstruktion der Phase kurz vor dem erstmaligen Auftreten der Symptome. Einerseits ergeben sich daraus auch therapeutische Konsequenzen und andererseits ist es mental für die Patienten wichtig

zu verstehen, welche Verhaltenskonstellation zur Eskalation geführt hat. Dies ist der erste Schritt weg vom Gefühl, von Schmerzen oder einer Erkrankung schicksalhaft betroffen zu sein, hin zur Vorstellung, wie mit einem angepassten Verhalten Behandlungsmaßnahmen unterstützt und Rückfälle vermieden werden können.

Immer wieder geschieht es, dass erst durch das interessierte Nachfragen des Arztes dem Patienten plötzlich Details einfallen, an die er primär nicht mehr gedacht hat, oder ihm durch die erhöhte Sensibilisierung bis zur nächsten Konsultation Dinge auffallen, die er bisher übersehen hat.

Ein breites Wissen zu den möglichen mechanischen Auslösern hilft dem Arzt, dem Gespräch möglichst viele Aspekte abzugewinnen, es macht ihn aber auch offen für ungewöhnliche, neue Auslöser.

Prototypen versteckter Zusammenhänge

Unterschätzung der Belastungsänderung

Häufig kommt der Patient gar nicht auf die Idee, dass seine Verhaltensänderung auch nur im Entferntesten das Potenzial hat, eine Überlastungsproblematik auszulösen.

Zusammenfassung · Abstract

Als Beispiel sei der Laufsportler erwähnt, der nach einem halben Jahr Pause wieder mit gleichem Umfang und gleicher Intensität beginnt und außer Acht lässt, dass die Pause zu einem Trainingsverlust auch für den Bewegungsapparat geführt hat. Das Gleiche gilt für den Wanderbegeisterten, der umständehalber in diesem Jahr nur eine einzige Wanderung machen kann. Mit der Einstellung „Wenn schon nur eine, dann aber eine richtige“ ist die Belastungsgrenze schon überschritten. Beide würden in der Sprechstunde sagen, sie hätten nichts Besonderes gemacht. Sie haben Dosierungen gewählt, die unter anderen Umständen problemlos funktioniert haben.

Multifaktorielle Einflüsse

Wenn mehrere Faktoren beteiligt sind, wird die Situation per se unübersichtlich. Ein einfaches Beispiel ist der Läufer, der gleichzeitig Umfang und Tempo steigert. Beide Steigerungsschritte hatten sich getrennt schon bewährt, zusammen ist die Steigerung zu groß. Ein weiteres Beispiel ist die Hausfrau, die nach dem Gärtnern neu aufgetretene Rückenschmerzen hat und meint, sie hätte am Nachmittag nicht mehr im Garten gearbeitet als sonst immer. Allerdings hatte sie am Vormittag wegen eines Wasserschadens den halben Keller ausgeräumt. Auch wenn sie zu diesem Zeitpunkt noch keine Schmerzen hatte, war das Kellerräumen doch mit einer relevanten Buchung zulasten ihres „Gewebetoleranzkredits“ verbunden.

Verstärkte Schmerzen morgens beim Aufstehen

Bei Schmerzen im Liegen an einen ungünstigen Einfluss der Schlafposition zu denken, ist naheliegend. Wichtig ist aber, dass der Arzt explizit nach Schmerzen unmittelbar beim Aufstehen fragt. Nicht selten kommt es zu einer schlafpositionsabhängigen Reizung, die sich erst beim Aufstehen bemerkbar macht.

Vermutet werden kann, dass die statischen Einflüsse die Symptome erst im Stehen aktivieren. Wird dies nicht verhindert, kann es vorkommen, dass jede Nacht die Therapiebemühungen des Tages wieder zunichte gemacht werden.

Manuelle Medizin 2017 · 55:345–349 <https://doi.org/10.1007/s00337-017-0332-y>
© Springer Medizin Verlag GmbH 2017

C. Reich-Rutz

Von der vertieften Anamnese zum gezielten Selbstmanagement

Zusammenfassung

Die Anamnese ist generell wichtig für eine gute klinische Einschätzung des Patienten. Das Potenzial einer vertieften problemorientierten Anamnese liegt darin, dass der Patient das Auftreten seines Problems besser versteht, gezielte Verhaltensanpassungen vornehmen kann, um die Behandlung zu unterstützen, und so mehr Kontrolle über die Problematik erhält. In diesem Beitrag werden erschwerende Aspekte, wie das zeitverzögerte Auftreten von belastungsinduzierten Schmerzen, aufgezeigt, und am Beispiel des Bankkontomodell wird eine Möglichkeit beschrieben, dem Patienten ein Verständnismodell für diese Schmerzlatenz anzubieten. Dieses Verständnis wiederum ist eine wichtige

Basis für einen sinnvollen Belastungsaufbau. Multifaktorielle Ursachen, verstärkte Schmerzen frühmorgens und unmerkliche Fremdeinflüsse sind Prototypen häufiger versteckter Zusammenhänge. Anhand von Patientenbeispielen aus dem Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäulenproblematik werden typische Anamnesemuster, die auslösenden mechanischen Ursachen und die erfolgten Verhaltensanpassungen dargestellt.

Schlüsselwörter

Diagnose · Ausstrahlende Schmerzen · Muskuloskeletales System · Selbstkontrolle · Anpassungsverhalten

From intensified medical history taking to target-oriented self-management

Abstract

Medical history taking is generally important for good clinical evaluation of the patient. The potential of intensified problem-oriented medical history taking derives from the fact that the patient is better able to understand the occurrence of the problem and make goal-oriented adaptive behavioral changes supportive of the treatment, thus giving the patient more control over the problem. This article highlights problematic aspects, such as the delayed manifestation of mechanical stress-induced pain. The bank account model is used to describe a possibility for providing patients with a conceptual model for this

pain latency. This understanding is, in turn, an important basis for rational stress reduction. Multifactorial causes, increased pain in the early morning, and unnoticeable external influences are among the prototypes of frequently hidden relationships. Using patient examples of complaints in the cervical and lumbar spine, typical medical history patterns, triggering mechanical causes, and resultant behavioral adaptations are presented.

Keywords

Diagnosis · Radiating pain · Musculoskeletal system · Self control · Adaptive behavior

Immer wenn es um mögliche mechanische Einflüsse im Liegen geht, muss sich der Untersucher unbedingt die häufigsten individuellen Schlafpositionen zeigen lassen.

Einige Aspekte seien herausgegriffen. So verstärken Bauch- und Rückenlage häufig die Extension der Lendenwirbelsäule, was v. a. bei latenten radikulären Reizungen oder einem engen Spinalkanal problematisch sein kann. In Seitenlage kann je nach Eigenschaften der Matratze eine Seitneigung auf der Oberseite auftreten und eine mehr oder weniger ausgeprägte Rotation des Beckens auf-

treten, speziell wenn das oben liegende Knie hochgezogen wird.

Unmerkliche Fremdeinflüsse

Gemeinsames Sporttreiben ist vom Belastungsmanagement her riskant. Die Beteiligten haben sich auf eine gemeinsame Aktivität geeinigt, damit werden mögliche Störquellen tendenziell unterschätzt oder ausgeblendet. Dazu kommt ein Stück Eitelkeit, niemand verlangt gerne eine Mäßigung des Tempos nur aus Vernunft, ohne dass schon Beschwerden vorhanden sind. Einfacher ist es, die Leistungsdifferenzen einfach zu vergessen.

Dies führt dazu, dass beispielsweise die vorderen Knieschmerzen trotz der sonst sinnvollen Behandlung nicht besser werden, weil 1- bis 2-mal pro Woche beim gemeinsamen Training der Reizzustand hochgehalten wird. Oder die bei einem achtsam und individuell gestalteten Training immer reizlose Achillessehne wird plötzlich schmerzhaft, wenn der Sportler jeden Dienstag mit dem merklich leistungsfähigeren Bürokollegen läuft.

„Importschmerzen“

Hinter diesem neu kreierten Begriff steht die Erfahrung, dass es immer wieder Schmerzen beim Sport gibt, die zwar in zeitlichem Zusammenhang mit dem Training auftreten, aber in einem anderen Kontext entstehen und unterhalten werden.

Ein Beispiel soll dies veranschaulichen. Ein 55-jähriger Geschäftsmann fährt 2-mal pro Woche mittags mit dem Auto zum nahe gelegenen See zum Joggen. Jedes Mal hat er beim Laufen Schmerzen in der Wade. Der Untersuchungsbefund spricht eher für eine spondylogene oder radikuläre Problematik. Ein morgendlicher Testlauf zeigt, dass er zu dieser Zeit völlig schmerzfrei joggen kann. Daraus lässt sich schließen, dass wohl eher das viele Sitzen tagsüber und die daraus folgende Rückenproblematik im Fokus der therapeutischen Maßnahmen stehen muss.

Bei einem anderen Patienten ließ sich ein regelmäßiger, nur beim Joggen auftretender thorakaler Schmerz ebenfalls auf das übermäßige Sitzen und die Sitzhaltung zurückführen.

Patientenbeispiele

Im Folgenden sollen anhand einiger kurzer Patientenbeispiele wichtige mechanische Auslöser und Selbstmanagementmaßnahmen im jeweiligen Diagnosekontext sichtbar gemacht werden.

Halswirbelsäulenproblematik

Patient 1

In diesem Fall handelt es sich um eine 65-jährige Patienten, die nach einer mehrstündigen Zugfahrt ein CRS im C6-Bereich

reich rechts entwickelte. Die Rekonstruktion der Zugfahrt ergab, dass sie sich fast während der ganzen Zugfahrt mit ihrem rechts von ihr sitzenden Ehemann unterhalten hatte. Die lang dauernde Rotationsstellung nach rechts führte in diesem Fall zu einer Irritation der rechtsseitigen Wurzel C6 durch das in Rotationsstellung eingeeengte Foramen C5/6.

Maßnahmen: Bewusstes Dosieren der Rotationsstellung der Halswirbelsäule, möglichst keine Bauchlage nachts, keine schräge Anordnung des Bildschirms, speziell auf der rechten Seite.

Patient 2

Eine 39-jährige Büroangestellte klagte über ein CRS C6/7 rechts, das nach einer anstrengenden Arbeitswoche vor den Sommerferien aufgetreten war. Auch in diesem Fall gab die Patientin zunächst an, dass eigentlich nichts Besonderes gewesen sei, außer einer etwas anstrengenderen Arbeit. Aus der Besprechung der ergonomischen Situation ergaben sich zusätzliche Faktoren: Häufig wird die Tastatur weggeschoben, damit die Papierendokumente an den Tischrand gelegt werden können. Die Patientin arbeitet viel mit der Maus, die dabei deutlich seitlich und eher weit weg neben der Tastatur positioniert ist.

Maßnahmen: Anschaffung eines Konzepthalters (Papieraufgabe im Raum zwischen der am Tischrand platzierten Tastatur und dem Bildschirm), Maus möglichst körpernah, evtl. Tastatur ohne Zahlenblock, damit noch näher am Körper mit der Maus gearbeitet werden kann, regelmäßige Kurzpausen alle 20 min zur Veränderung der Körperhaltung.

Patient 3

Bei einem 58-jährigen Bankangestellter trat ein CRS links zunehmend seit 3 Monaten auf. Die gezielte Nachfrage ergab, dass etwa 4 Monate zuvor eine neue Brillenversorgung erfolgt war, erstmals mit progressiven Gläsern. Diese Brillen sind am normalen Bildschirmarbeitsplatz ein Problem: Für die üblichen ca. 80 cm Bildschirmdistanz muss der Brillenträger bei progressiven Brillengläsern durch einen Übergangsbereich zwischen fern und nah blicken. Dies ist aber auch bei modernsten Gläsern ein Kompromissbereich mit

einem weniger breiten Gesichtsfeld. Die Folge: Der Brillenträger schaut durch den Nahbereich und schiebt den Kopf so weit nach vorn, dass er wieder scharf sieht. Die vorgeschobene Kopfhaltung führte zu einer leichten foraminale Verengung, die über die lange Expositionszeit eine radikuläre Reizung zur Folge haben kann.

Maßnahme: Für die Büroarbeit Anschaffung einer Bildschirmarbeitsplatzbrille, d. h. einer Brille mit Hauptsehbereich in der Mitte, abgestimmt auf den Abstand zum Bildschirm, kombiniert mit dem unteren Lesebereich.

Weitere Problempunkte beim zervikoradikulären Syndrom.

Weitere mögliche Problempunkte sind: Schlafen in Bauchlage, ungünstiges Kopfkissen mit Extensionsstellung in Rückenlage, Extensionsstellung der Halswirbelsäule beim Friseur, Telefonieren mit zwischen Schulter und Ohr eingeklemmtem Telefon und übermäßiges Schreiben am Smartphone mit vorgeschobenem Kopf.

Lendenwirbelsäulenproblematik

Patient 1

Ein 77-jähriger Patient klagte über massive nächtliche Schmerzen rechts dorso-lateral im Bein bis zum Unterschenkel, tagsüber war er völlig beschwerdefrei. Weil eine schlafpositionsabhängige Ursache wahrscheinlich war, wurde bei der Erstkonsultation probeweise ein Lagerungskissen für die Seitenlage abgegeben. Damit zeigte sich aber nur eine geringfügige Verbesserung. Bei einer zweiten, erweiterten Anamnese wurde der normale Ablauf des Abends besprochen. Verdächtig war das lange Fernsehen vor dem Schlafengehen in einer etwas abgeknickten linken Seitenlage auf dem Sofa. Hypothese: Wurzelirritation durch Seitneigung auf dem Sofa.

Maßnahme: Normal sitzende Position beim Fernsehen. Damit verschwanden die Nachtschmerzen innerhalb von 2 Tagen vollständig.

Patient 2

Ein 55-jähriger aktuell arbeitsloser Bauarbeiter litt seit 2 Jahren häufig unter rechtsseitigen lumbalen Schmerzen nach längerem Sitzen, z. T. auch beim Las-

tenheben. Unter Physiotherapie und nachfolgendem Krafttraining trat nur passager geringe Besserung auf. Die Anamnese ergab: Morgens beim Aufstehen hat er mal Schmerzen, mal nicht. Aber die Tage mit Schmerzen beim Aufstehen sind häufig die Tage, an denen auch tagsüber die sitzabhängigen Schmerzen verstärkt auftreten. Geschlafen wird v. a. in Seitenlage, in linker Seitenlage manchmal mit hochgezogener Knieposition.

Maßnahme: Lagerungskissen für Seitenlage. Damit war der Patient innerhalb von 2 Wochen praktisch beschwerdefrei.

Bemerkung: Das hochgezogene Knie in Seitenlage führt zu einem Rotations- und Seitneigungsstress auf der oben liegenden Seite. Diese Position kann auch klare radikuläre Reizungen auslösen, selbst bei ganz jungen Patienten. Das Lagerungskissen verhindert die Rotation des Beckens nach ventral, auch in der Extremform mit hochgezogenem Knie.

Patient 3

Ein 67-jähriger Patient klagte über seit 6 Monaten brennende Schmerzen ventral oberhalb der Knie, d. h. Dauerschmerzen, die verstärkt nach Spazierengehen oder Fahrradfahren mit stärkerem Widerstand bergauf auftraten. Die Untersuchung war wenig ergiebig, der Neurostatus unauffällig bis auf einen leicht reduzierten Vibrationssinn, Nervendehnungszeichen lagen nicht vor.

Pragmatisches Vorgehen: Da Hinweise für eine extensionsabhängige neurogene Symptomatik (brennende Schmerzen, Verstärkung beim Gehen) vorlagen, lautete die Empfehlung, keine Rückenlage nachts (Rückenlage bedeutet bei vielen Patienten eher eine Verstärkung der Extension) und eine leichte Vorlage beim Gehen einzunehmen. Die Rückenlage wurde durch das Anbringen eines Gegenstands zwischen den Schulterblättern verhindert. Innerhalb von 4 Wochen zeigte sich eine sehr deutliche Verbesserung, nach 2 Monaten weitgehende Beschwerdefreiheit.

Fazit für die Praxis

- Eine vertiefte Anamnese gibt wichtige Hinweise für das Selbstmanage-

ment und fördert beim Patienten das Verständnis für die Gründe, die zur aktuellen Problematik geführt haben.

- Die Selbstbeobachtung ist erschwert durch das Phänomen der Schmerzlatenz. Diesen Zusammenhang zu verstehen, ist für den Patienten wiederum Voraussetzung für ein erfolgreiches Belastungsmanagement.
- Der Schmerz während der Belastung eignet sich nicht als Steuergröße der Belastungsgestaltung.
- Die vertiefte Anamnese ist eine Detektivarbeit im Austausch zwischen Patient und Arzt.
- Wichtige versteckte Zusammenhänge sind die Unterschätzung der Belastungsänderung, multifaktorielle Einflüsse, verstärkte Schmerzen frühmorgens und „Importschmerzen“.
- Exemplarische präventive Maßnahmen sind: Einflussnahme auf die Schlafposition, Umsetzung ergonomischer Prinzipien am PC, spezielle Bildschirmbrille, Vermeiden der mit der vertieften Anamnese herausgefundenen Auslöser.

3. Adler R, Hemmeler W (1992) Anamnese und Körperuntersuchung. Gustav Fischer, Stuttgart, Jena
4. Greenhalgh T, Hurwitz B (2005) Narrative-based Medicine – Sprechende Medizin. Huber, Bern, Göttingen
5. Adler RH (2006) Die „Diagnose“ im Lichte von Charles S. Pierce, Sherlock Holmes, Sigmund Freud und der modernen Neurobiologie. Praxis 95:767–771
6. Alfredson H et al (1998) Heavy-load eccentric calf muscle training for the treatment of chronic Achilles tendinosis. Am J Sports Med 26(3):360. <https://doi.org/10.1177/03635465980260030301>
7. Beyer R et al (2015) Heavy slow resistance versus eccentric training as treatment for Achilles tendinopathy. Am J Sports Med 73(7):1704–1711

Korrespondenzadresse



Dr. C. Reich-Rutz
Praxis für Rheumatologie,
Manuelle Medizin und
Sportmedizin
Schaffhauserstr. 34,
8006 Zürich, Schweiz
c.reich@greenmail.ch

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C. Reich-Rutz gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Morgan WL, Engel GL (1969) The clinical approach to the patient. WB Saunders, Philadelphia
2. v Uexküll T, Wesiack W (2003) Theorie des diagnostischen Prozesses. In: Alder RH et al (Hrsg) Psychosomatische Medizin. Urban & Fischer, München, S 328